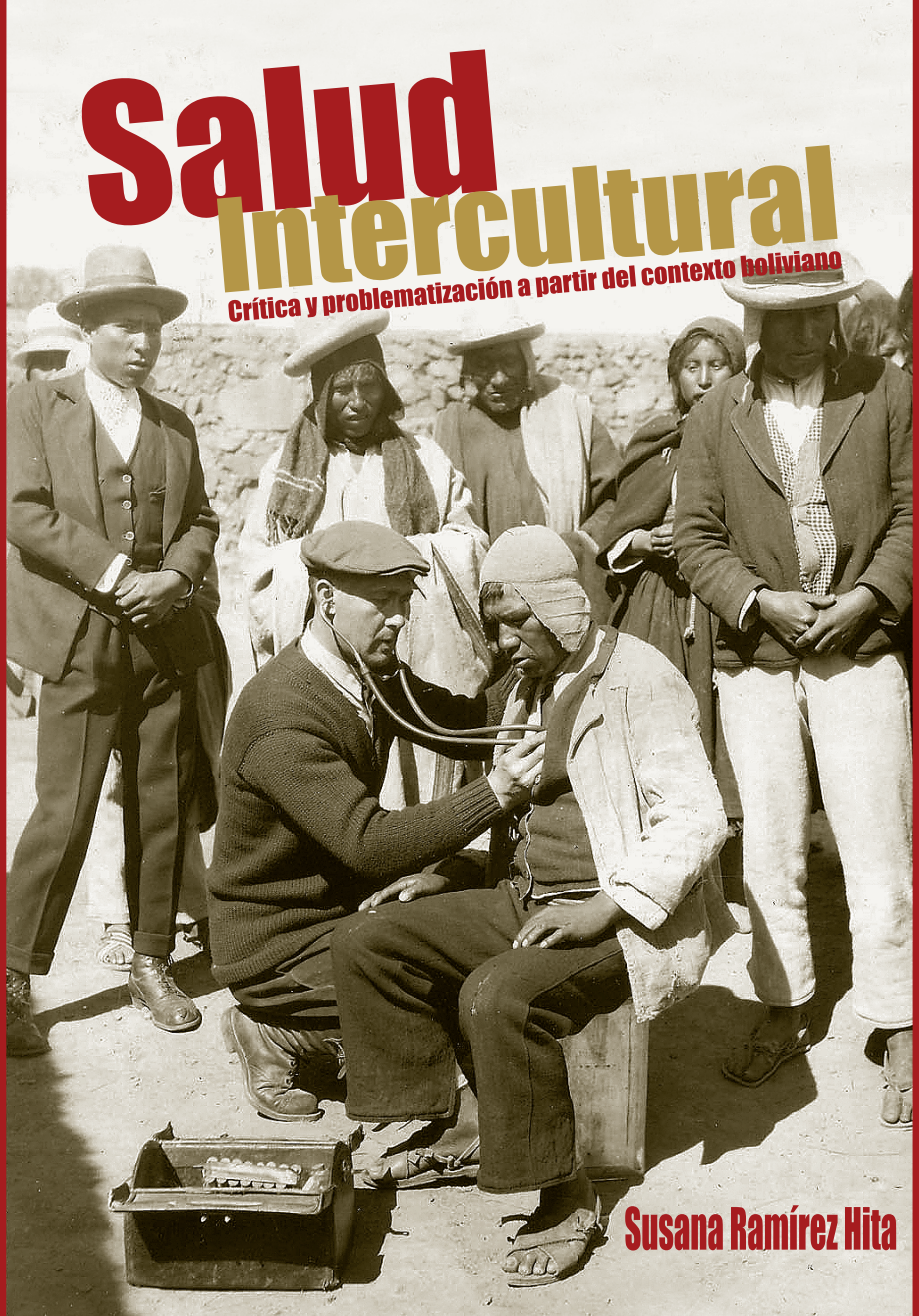

Susana Ramírez Hita

Nació en Madrid. Se licenció en Antropología Social en la Universidad Nacional de Misiones (UNaM); Argentina. Se doctoró en Antropología Social y Cultural, con especialidad en Antropología de la Medicina, en la Universitat Rovira i Virgili (URV); España. Reside desde hace siete años en Bolivia. Trabaja en el campo de la Antropología Médica y sus investigaciones más importantes se han desarrollado en torno a las condiciones de salud de distintas poblaciones: gitanos (España y Francia) e indígenas quechuas (Bolivia). Actualmente es investigadora adscripta del Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA); Argentina. Entre sus libros más destacados se encuentran: *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí* (Cooperación Italiana. La Paz, [2005] 2010); *Entre calles estrechas. Gitanos: prácticas y saberes médicos* (Bellaterra. Barcelona, 2007) y *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano* (OPS/OMS. La Paz, [2009] 2010).

SALUD INTERCULTURAL

Crítica y problematización a partir del contexto boliviano

Susana Ramírez Hita

SALUD INTERCULTURAL

Crítica y problematización a partir del contexto boliviano

ISEAT
Instituto Superior
Ecuménico Andino de Teología

La Paz, marzo 2011

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de EED.

R173s Ramírez Hita, Susana

Salud Intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano/ Susana Ramírez Hita -- La Paz: ISEAT, 2011

182 p.; ilus.

ISBN: 978-99954-775-5-4
D.L.: 4-1-507-11

SALUD / INTERCULTURALIDAD/ CULTURA / GLOBALIZACIÓN / AMÉRICA LATINA / CULTURA ANDINA / ENFERMEDADES
CDD: 615.882

Salud Intercultural
Crítica y problematización a partir del contexto boliviano
Susana Ramírez Hita

Primera edición, marzo 2011

® Derechos reservados
Es propiedad intelectual de la autora

© Susana Ramírez Hita

© Instituto Superior Ecuménico
Andino de Teología (ISEAT)
Calle A. Aspiazu Nº 638
Tel.: 2418030 - 2412251
La Paz - Bolivia
E-mail: iseat@iseatbolivia.org
www.iseatbolivia.org

Depósito legal: 4-1-507-11
ISBN: 978-99954-775-5-4
Fotografía de portada: Uso autorizado por el Centro de Historia y Archivo Metodista - IEMB
Cuidado de edición: Fernando Pérez
Corrección: Bernarda Claure P.
Diagramación: Alfredo Revollo Jaén
Diseño de tapa: Richard Cornejo N.
Edición y distribución:
t'ika & teko
Telf. 591 2-2412251 int. 22
publicacion@iseatbolivia.org

Impreso en Bolivia
Printed in Bolivia

Índice

Presentación 7

Prefacio 11

Prólogo: Interculturalidad en salud,
viejos pretextos, nuevos desafíos 15

Introducción 29

Capítulo I
La construcción del concepto de salud
intercultural en Bolivia 41

Capítulo II
Interculturalidad: Diferencias
y desigualdades 79

Capítulo III
¿Deberíamos seguir utilizando el término
salud intercultural en América Latina? 105

Capítulo IV
Globalización, salud intercultural
e instituciones locales 123

Bibliografía 159

Presentación

> *I. Todas las personas tienen derecho a la salud.*
>
> *II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.*
>
> *III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.*
>
> *(Artículo 18 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia)*

El ISEAT tiene como uno de sus ejes de investigación y producción bibliográfica el campo de la religión y su relación con las ciencias sociales. A través de nuestras publicaciones procuramos generar debate para una mejor comprensión de una determinada realidad. En este sentido, la salud intercultural es un área en la que se encuentran discursos y prácticas diversas: la biomedicina, la medicina tradicional, las sanaciones evangélicas, las prácticas populares de curación, entre otras que se encuentran a veces en tensión o buscan armonizar su

relación. El discurso de la salud intercultural propone armonizar una relación compleja, especialmente entre la biomedicina y la medicina tradicional.

Hemos solicitado a Susana Ramírez H. realizar un balance tanto bibliográfico como valorativo del discurso de la interculturalidad ligado a la salud, tomando como caso Bolivia, donde más investigaciones ha realizado sobre el tema, considerando la dimensión latinoamericana para plantear un avance en el diálogo, debate y problematización de las políticas y prácticas del área de salud, específicamente en relación al discurso de la salud intercultural. Estamos convencidos del valioso aporte de la autora ya que conocemos su amplia capacidad investigativa, su honestidad profesional, su producción bibliográfica y su deseo de contribuir a una práctica médica y de salud que realmente favorezca a la población boliviana.

Destacamos del libro la mirada global al discurso y a las prácticas en salud intercultural. La misma pone en el tapete a las instituciones mundiales y sus políticas; a los estados en su calidad de intermediarios de políticas globales; a las grandes y pequeñas agencias, y organismos de cooperación; y a las organizaciones y personas locales. Permite entrever cómo los discursos transitan por estas instancias hasta ser apropiados por actores locales.

El trabajo de Susana es tremendamente revelador y desafiante a nuestra comprensión de la salud intercultural, del interculturalismo global, de las profundas relaciones de desigualdad socio-racial, y de la ineficacia del sistema de salud que se pretende, en muchos casos, encubrir con un manejo discursivo de la interculturalidad en el campo de la salud.

El texto destaca la exigencia a los sistemas de salud financiados por los estados, pues deben mejorar la vida de las personas y apoyarlas en sus momentos de enfermedad, y a partir de eso denuncia la ineficacia y el enmascaramiento discursivo que genera un encubrimiento de la negligencia, inclusive muertes por fallas del propio sistema. Por otro lado, revela las asimetrías entre la biomedicina y la medicina tradicional, y las estrategias de asimilación y control de una sobre la otra.

Esta publicación está dirigida a toda la población que quiera asumir mayor conciencia y responsabilidad sobre su salud, sobre las políticas y acciones que los estados y sus instituciones definen sobre su corporalidad. Los sistemas de salud que nuestros estados propician deben generar confianza en la sociedad, especialmente en sectores que por razones históricas de discriminación aún cuestionan y hacen poco uso de hospitales, postas y cuanta oferta venga como algo externo.

Las esperanzas de 'vivir bien' de las y los bolivianos y las búsquedas de caminos en pos de este proyecto

de vida son inspiradoras no sólo para los pueblos latinoamericanos sino para personas de otros continentes, por eso tenemos la responsabilidad de que nuestras experiencias sean realmente generadoras de vida, de inclusión y de justicia.

Abraham Colque
Rector ISEAT

Prefacio

Este libro surge por la iniciativa del Instituto Superior Ecuménico Andino de Teología (ISEAT) de proponer una publicación accesible a todo público y reforzar con este material bibliográfico el actual Diplomado de Desarrollo, Cultura y Religión, recientemente lanzado por el ISEAT en la ciudad de La Paz.

Es a partir del análisis sobre la situación de la salud y de sus innovadoras modificaciones incorporadas en estos últimos años que planteo reflexionar sobre el concepto de salud intercultural y sus repercusiones en la mejora o no de la salud de las poblaciones del país.

El material al que haré referencia a lo largo de estas páginas se fundamenta en las tres investigaciones más importantes que he realizado en Bolivia, donde resido desde hace siete años efectuando investigaciones de antropología médica: La primera, sobre la articulación de sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí, investigación que realicé en el transcurso de los años

2004-2005; la segunda, sobre la calidad de atención en los centros de salud intercultural del altiplano, un estudio realizado en los años 2007-2008; y por último, una investigación sobre calidad de atención a Personas Viviendo con VIH/SIDA en la región del oriente del país, en el año 2009.

Algunas de las reflexiones y ejemplos de trabajo de campo que expongo en esta publicación ya las he citado en anteriores artículos y libros. No obstante, este nuevo trabajo es una extensión del análisis del último libro *Calidad de Atención en Salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechuas y aymaras del altiplano boliviano*, publicado en el año 2009 y reeditado en 2010 por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Los tres primeros capítulos de *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano* los trabajé en el anterior libro, sin embargo los expongo en éste ya que son necesarios para entender el análisis que se concreta en el Capítulo IV, titulado *Globalización, salud intercultural e instituciones locales*, donde profundizo cómo influye la globalización en el campo de la salud a partir de la problematización de los conceptos de suma qamaña –vivir bien–, bienestar y desarrollo. La forma de entender los centros de salud interculturales cobra sentido con la introducción de los aspectos macrosociales y su influencia en las instituciones locales, a través de las consultorías en los denominados proyectos de

desarrollo que se implementan en las comunidades y conjuntos sociales.

Este libro está escrito con el interés fundamental de generar debate, de propiciar un pensamiento y una actitud crítica, de repensar el concepto de salud intercultural desde la realidad y no desde un exclusivo razonamiento filosófico; de analizar y construir a partir de lo empírico. Desde esta reflexión, planteo la necesidad de cuestionar lo obvio, de pensar más allá de lo evidente, para concebir otro tipo de estrategias alternativas que realmente repercutan en la mejora de la salud y, con ella, en la mejora de la calidad de vida de las diversas poblaciones del país.

Quiero agradecer al ISEAT, en especial a Abraham Colque, por el interés e iniciativa de impulsar y publicar este libro; a María Julia Castellón-Arrieta y Oriol Romaní por su lectura crítica y valorables aportes; a Jesús Armando Haro por encontrar el tiempo para escribir el prólogo; a Fernando Pérez por todo el trabajo de edición y a Bernarda Claure por su paciencia en la corrección del texto.

La Paz, diciembre 2010

Prólogo

Interculturalidad en salud, viejos pretextos, nuevos desafíos

Jesús Armando Haro
Centro de Estudios en Salud y Sociedad
El Colegio de Sonora
Hermosillo, México
aharo@colson.edu.mx

"sólo seremos nosotros mismos
si somos capaces de ser otro"

Octavio Paz: *Itinerario* FCE, México, 1993: 239.

Este libro trata de la experiencia boliviana en salud intercultural vista por los ojos y escuchada por los oídos de una antropóloga y poeta que posee amplia experiencia en el tema de la interculturalidad. Representa, por lo mismo, un enfoque profundo y fresco a la vez, por el recurso que le otorga su condición de alteridad y su agudo sentido crítico, que tiende a develar con elegancia y suficiente tino las realidades que con sus manos palpa y sopesa. Así la recuerdo con los gitanos, los pentecostalistas y ahora con los quechuas y los aymaras, diciéndome que aunque el etnocentrismo es la condición natural

de la humanidad es deber nuestro recordar que tiene numerosas aristas que se diseminan mucho más allá del campo de "lo cultural" o de "la salud", como nos quieren hacer creer los que usualmente se ocupan del tema. "Anotaciones delirantes de una mente cotidiana en un crítico momento", digo yo parafraseando libremente a nuestra autora, a quien conocí una tarde límpida en el puerto de Tarragona. Ahora me lamento por no haberla visitado en esos fecundos años que pasó en Bolivia.

La alteridad u otredad es el objeto al que se refiere la cuestión de la salud intercultural, la cual aboga por su reconocimiento y respeto, pero Susana Ramírez también nos señala que en el caso boliviano ha tenido como correlato su instrumentación y reducción, pues el discurso de la interculturalidad se llega a usar como un pretexto para dejar fuera del marco sus asignaturas pendientes. Atole con el dedo diríamos en México. Porque si de ofrecer servicios culturalmente adecuados se trata, hay elementos pertinentes pero también otros que están pendientes de ser considerados en la propuesta institucional que aquí se explora, el *Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural* (SAFCI), fraguado con una visión rural que no se adapta bien a las situaciones indígenas que coexisten en Bolivia. Y es lo que sucede en el continente americano, a pesar de los aplausos y loas que ha recibido el modelo que aquí se desmenuza, que tiene parangones en Guatemala, Venezuela, Ecuador y México, entre otros países, como la moda que campea

en el "Sector Salud". ¿Cómo conjugar marcos tan disímiles cuando entran en relación visiones tan contrastantes como son los conceptos indígenas de una nación multicultural con aquellos que emanan de la práctica alopática de la biomedicina?

De entrada, es preciso reconocer el carácter etnocéntrico que permea nuestra percepción de los problemas humanos y no solamente de los sanitarios, pero esto no debe convertirse en pretexto para perder de vista que existen universales humanos como el amor por la vida, el gusto por la salud, la capacidad de trabajar, ser bien pagado, comer sabroso, tener buena vivienda, grato sexo, justicia, alegría, amistades verdaderas, espiritualidad límpida y desde luego muchas ganas de vivir. Y esto es lo que se expresa en el *suma qamaña*, el concepto indígena y boliviano del buen vivir. Ancha es la brecha entre lo que esta visión implica y el populista recurso de incluir curanderos en hospitales precarios que ni siquiera cubren con dignidad el primer nivel. Hasta ahora, valga decirlo, los especialistas en el tema han señalado las bondades que tiene la interculturalidad en salud. Pero poco han dicho sobre su implementación engañosa para no ahondar en la cuestión de las inequidades sociales y su injusticia. Muy similar es lo que sucede con el enfoque de género y el de la calidad que permea el discurso y la práctica de nuestros escuálidos sistemas públicos de salud. Este libro pone el dedo en la llaga respecto de cómo lo "étnico" oculta otras falencias.

Es verdad que la alteridad cultural se nos presenta como la extraña inclusión de lo indígena, de la medicina tradicional, en la mira salubrista y biomédica con que se forman los profesionales de la salud. La competencia cultural, como ahora le llaman, nos lleva a reconocer de antemano la tendencia que todos tenemos a calificar lo extraño como anormal o inusual, a desnudar nuestros chauvinismos y xenofobias. Sin embargo, el asunto no debe conducirnos solamente a desarrollar una suerte de tolerancia benévola sino a aprender a vernos a nosotros mismos a través de los ojos de los otros. Y de allí a problematizar los conceptos y las situaciones que indagamos, tal y como lo propone la epidemiología sociocultural, un paradigma emergente que se expresa bien a lo largo de las páginas que conforman este interesante libro. Y es que, cuando accedemos a la otredad cultural, tendemos a no ver al individuo sino a su cultura de origen, a través de un prisma de estereotipos culturalmente forjados en nuestra propia raigambre cultural, lo cual –como señala Susana– es particularmente elocuente en la Nueva Constitución Boliviana, que al considerar predominantemente lo quechua y lo aymara excluye de su enfoque a más de 30 grupos indígenas que no están aquí representados. Ello significa que desde el Estado y sus aparatos se sigue considerando lo indígena como una otredad que tiende a lo homogéneo, cuando este libro nos demuestra que así no es. Y que también lo biomédico, lo alopático y lo institucional tiene sus bemoles.

El texto que aquí presento ofrece una reflexión sobre la superficialidad con la que se viene aplicando eso que se llama interculturalidad en salud cuando se reduce a la mera adición de terapeutas tradicionales o alternativos a los servicios gubernamentales de salud. Esto es algo que, desde luego, no ocurre solamente en el país boliviano sino que es una tendencia que desde hace pocas décadas se ha venido diseminando por América Latina, Norteamérica y Europa, con el resultado de que comadronas, hueseros, curanderos, sobadores y hasta chamanes se integren malamente como un anexo folklórico y exactamente subordinado a la rectoría alópata, lo cual –permítaseme subrayarlo– en otros países sucede también respecto de médicos alternativos (acupunturistas, herbolarios, etcétera), y con los psicólogos, antropólogos, educadores y científicos sociales.

Es obvio que en el auge de esta tendencia influyen varios factores y no solamente los comúnmente aludidos como reconocimiento de la alteridad y respeto a lo autóctono, sino también otros elementos que suelen ser silenciados y que poseen una raigambre política internacional, una cara de "rescate" cultural que es de conveniencia política, y otra de interés económico que quiere abaratar costos y que difiere el cumplimiento estatal en materia de salud pública, a la par que se aprovecha de los recursos de la cooperación internacional. Estos y otros aspectos son cubiertos en esta obra con magistral parsimonia y agudeza por parte de la autora.

La interculturalidad en salud se reconoce actualmente como un tema importante por los organismos rectores en salud que en América Latina han operado en los últimos 30 años. Especialmente a partir de la reunión de Alma Ata sobre Atención Primaria a la Salud (1978), la Organización Mundial de la Salud ha recomendado la incorporación de recursos procedentes de la medicina tradicional como una forma válida y también muy necesaria de incrementar la cobertura de servicios de salud entre la población, con especial interés en mejorar las condiciones de salud de los sectores menos favorecidos. Sin embargo, no se cuestiona el modelo de desarrollo que reproduce las desigualdades. Y es un asunto que el texto de Susana Ramírez Hita no deja de abordar. Pues nos advierte, desde distintos argumentos, que la interculturalidad en salud ha devenido en un discurso y una práctica que se utiliza para soslayar la desigualdad económica y social que persiste en la mayoría de los países, regiones y grupos de América Latina. Lo cual se expresa especialmente en el campo de la salud, la enfermedad y la atención, a pesar de que aún entrado el Siglo XXI no contamos con indicadores lo suficientemente precisos para estimar el perfil epidemiológico diferencial que se expresa respecto a las etnias minoritarias o mayoritarias de nuestras naciones. ¿Hasta qué punto la estrategia intercultural en salud encubre los conflictos y aleja las posibles soluciones a las inequidades?

La importancia de abordar la interculturalidad en salud, posee, no obstante, algunas ventajas promisorias, en tanto devela una realidad multiforme, pluriétnica, de paradigmas en conflicto, que ha sido soslayada sistemáticamente en la creación de los sistemas nacionales de salud. Porque hoy resulta obvio que las trayectorias de atención que tienen nuestros paisanos no se limitan en lo absoluto a los recursos que ofrece la biomedicina. Y que abarcan, en la mayoría de los casos, una variedad de opciones que se oponen, compiten o se complementan según la oferta local y regional. Desde la autoatención a las distintas formas de autoayuda, el concurso de las medicinas populares y tradicionales, las formas religiosas de sanación, las redes informales y también las llamadas medicinas alternativas propias e importadas.

El pluralismo médico no existe, sin embargo, en situación armónica. Su coexistencia ha implicado condiciones en las que la biomedicina manifiesta su hegemonía y esto ha transformado a las otras prácticas en saberes subordinados. Lo paradójico es que en este libro se nos muestra que ello sigue ocurriendo aun en situaciones como la boliviana donde la interculturalidad en salud es impulsada como estrategia de gobierno. Y esto nos lleva a pensar en cuáles son los límites y las posibilidades en que la propuesta de diálogo entre médicos, pacientes y curanderos podría llegar a un punto donde la población se beneficie de una comunicación fructífera y una práctica coordinada y mutuamente informada.

Pienso, de nuevo en mexicano, que la cuestión no es fácil: "ni que fueran enchiladas". El asunto nos conduce a la necesidad epistemológica que tiene la medicina de revisar sus supuestos científicos, por una parte, y a la necesidad epidemiológica de realizar ensayos clínicos que valoren las prácticas hoy subordinadas de las medicinas tradicionales y alternativas, para advertir que existen procedimientos, recursos y sabidurías que son a veces, incluso, mejores y menos dañinos que los que ofrece la alopatía. Pero además, a la necesidad que tiene la medicina tradicional de capacitarse y tener acceso a recursos y conocimientos que han sido desarrollados por la medicina occidental, tal y como me señalaron unos curanderos tradicionales guarijíos de Sonora en un encuentro que tuvimos en 1992. Ellos querían vendas y gasas, antibióticos, aspirinas, perillas y pinzas para atender partos. Hasta hoy el Sector Salud no se los ha dado. Y la mortalidad infantil y materna sigue siendo elevada en su región.

Ante estos procesos, cabe resaltar que al menos desde la década de 1950 (pienso en Don Gonzalo Aguirre Beltrán) surgieron voces que han señalado la relevancia de promover un enfoque intercultural en el campo de la salud, basado en el diálogo de estos saberes diferenciados, con el objetivo de acceder a marcos de observación y análisis que permitan un abordaje más adecuado para las acciones en medicina y en salud pública. Quienes han venido promoviendo el enfoque

intercultural en salud se han ocupado de investigar y documentar distintas problemáticas en el campo de la salud-enfermedad-atención y han contribuido con importantes propuestas conceptuales, teóricas y metodológicas, que abundan no sólo en la relación biología/sociedad y biología/cultura sino, y de manera notable, en la relación cultura/ideología, con la importancia política que posee también la investigación aplicada. Un aporte que me parece importante pero que no voy a abordar aquí, es la distinción de que en la salud convergen al menos tres dimensiones, que son las del *disease* (enfermedad biológica), el *illness* (experiencia del padecer) y el *sickness* (los procesos sociales, económicos y políticos asociados). Ello nos apunta no solamente a explorar otros saberes médicos como los tradicionales sino, asimismo, a cuestionar la objetividad en la que construye sus objetos la investigación médica. Pero no se trata de relativizar nada más, sino de relativizar al mismo relativismo, como supone la epidemiología sociocultural frente a los diversos paradigmas que han surgido en antropología médica.

Al respecto, viene bien considerar que desde la década de 1980 diversos autores, especialmente de América Latina y Europa, han señalado la conveniencia de ampliar la mirada epidemiológica mediante el uso de herramientas teóricas y metodológicas desarrolladas en las ciencias sociales, particularmente en la antropología; con el objetivo de dar un giro a las actividades que

componen el campo de la salud pública. La ampliación de la mirada que propone la epidemiología sociocultural obedece por una parte al reto que supone hoy en día el volumen migratorio impulsado por la globalización y las políticas neoliberales, las cuales han incrementado en buena medida los procesos migratorios, tanto al interior de los países como en el contexto internacional, dando como resultado que muchos de los sistemas locales, regionales y nacionales de salud tengan hoy en día que plantearse como reto el responder a situaciones interculturales de creciente demanda. Esto ha tenido como consecuencia la inclusión en el discurso oficial de ámbitos temáticos conocidos como "salud intercultural", "competencia cultural", "sensibilidad cultural", que han entrado a formar parte de la capacitación del personal sanitario, los cuales tienden a ser abordados mediante enfoques centrados en factores culturales asociados a los fenómenos de salud, a costa de soslayar factores sociales, ecológicos y políticos, haciendo un uso parcial y sesgado de propuestas teóricas y metodológicas, que son reducidas hacia el desarrollo de cierto relativismo cultural o a la utilización de diversas estrategias de mediación cultural. ¿Qué puede ofrecer en este contexto la propuesta de una epidemiología sociocultural?, ¿cómo se conceptualizan y estiman los factores socioculturales en una propuesta como ésta?, ¿cuál sería el papel de una epidemiología "mestiza" y de una "etnoepidemiología" en las "tradicionales"

y actuales situaciones interculturales que se viven en nuestros países?, ¿cómo sustentar un enfoque intercultural desde diversas cosmovisiones, concepciones de la vida, el cuerpo y la salud?

Es importante destacar que el campo de la salud es un ámbito particularmente privilegiado de análisis debido a que tanto en la salud individual como en el perfil epidemiológico poblacional se sintetiza una amplia gama de factores que caracterizan la complejidad que representa, por un lado, la condición humana y su raigambre evolutiva; y por el otro, la influencia determinante que en esta evolución representa la estructura y dinámica sociocultural. En la salud se expresan no solamente las dimensiones biológicas y ecológicas, las cuales configuran un intrincado haz de relaciones entre elementos genéticos, bioquímicos, microbiológicos, inmunológicos, hormonales, nutricionales y de otra índole también física; sino también dimensiones sociales que determinan la producción de condiciones que se materializan en las dimensiones biológicas señaladas. Y también una dimensión cultural y simbólica que moldea la forma en que el campo de la salud es percibido y conformado como ámbito de gestión en niveles diversos, porque la salud no constituye un objeto de interés solamente científico sino que es, en esencia, un campo primordial en el que se expresan la condición humana y la evolución social. De la misma manera, la imbricación de la salud con lo psíquico alude a una dimensión

subjetiva en cuya conformación interviene poderosamente lo sociocultural, aun cuando el carácter personal o temperamento influye asimismo en el estado de salud de un individuo, lo cual es materia de la medicina clínica y la psicoterapia, pero hasta ahora difícilmente aplicable a la salud pública, debido a que la biomedicina, la práctica médica, la epidemiología y el campo de la salud pública se adscriben a un paradigma positivista que reduce y descontextualiza los problemas de salud, en contraste con las medicinas indígenas. A la vez, la antropología tiende a culturalizar la problemática sanitaria mientras que la sociología y otras ciencias sociales suelen politizar el campo de la salud.

Salud intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano constituye un importante insumo para repensar estas y otras interrogantes sobre el tema, en tanto atiende las dimensiones biológicas y culturales del asunto de la interculturalidad sin soslayar la vertiente social, económica y política que subyace en la génesis y en la respuesta social que se manifiesta en los problemas de salud, tal y como lo propone la epidemiología sociocultural. Porque nos evidencia que un enfoque intercultural en salud debe ser incluyente de las diversas visiones sobre lo que una sociedad y un sistema de atención a la salud deben ser desde su marco normativo, preventivo, regulatorio y asistencial; a lo que hay que agregar los importantes campos de la investigación y la formación de recursos humanos. Y que el concurso

a la "competencia cultural" por parte del personal de salud o la incorporación de terapeutas tradicionales a la oferta estatal de servicios no constituye algo más que un escalón vacilante cuando no se acompaña de otro tipo de elementos que en esta obra desfilan, como lo son las opciones de otro tipo de desarrollo, la capacidad resolutiva de los servicios de salud, la confección de indicadores que denoten las variantes regionales y nacionales de cada país, la eficacia práctica y simbólica de las diversas prácticas terapéuticas; y, muy especialmente, la participación comunitaria y ciudadana en el diagnóstico de salud pública, la gestión de servicios y el diseño de políticas. Sin estos elementos la interculturalidad se convierte en un discurso hueco y en una práctica espuria. Porque la interculturalidad debe llevarnos a reconocer que las situaciones del contacto cultural pueden y deben convertirse en lugar para la ampliación y profundización del conocimiento sobre nosotros mismos y nuestras culturas de origen, hasta reconocer que somos lo que hacemos y no solamente hacemos lo que ya antes somos.

A pesar de que la medicina tradicional ha ganado una legitimidad sin precedentes en países como México o Bolivia, no existen apenas investigaciones a profundidad acerca de cómo se están traduciendo las políticas interculturales en proyectos y acciones que beneficien a los pueblos indígenas. Este libro que el lector tiene en sus manos emerge como una respuesta a la necesidad

de conocer y analizar cómo los programas enfocados a fomentar la interrelación entre las medicina alópata y tradicional se materializan, se articulan, chocan y se complementan, o no, a nivel local. Saludo esta obra de mi amiga y colega Susana Ramírez Hita con la esperanza de que el esfuerzo aquí vertido se revierta en una reflexión sobre nuestro destino. Que a mi ver, o será compartido o no será.

Jesús Armando Haro
Hermosillo, Sonora, México,
21 de febrero, 2011

Introducción

Este ensayo es una reflexión sobre la influencia de la globalización en las instituciones locales de salud, a partir del ejemplo de la interculturalidad que orienta programas y políticas sociales, sanitarias y educativas en comunidades indígenas. El análisis parte de varias investigaciones antropológicas realizadas en el campo de la salud pública durante los últimos siete años, en la región altiplánica y el oriente boliviano. Es una reflexión a partir de la realidad y no de enunciados filosóficos, en un intento de construir un análisis que articule lo empírico con lo teórico.

Bolivia es un país en el que actúan numerosas organizaciones de cooperación internacional –tanto europea, norteamericana, canadiense, asiáticas, y también latinoamericanas (Venezuela, Cuba y Brasil, fundamentalmente)–, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y agencias de desarrollo que influyen técnica y financieramente en el área de la salud. En

la mayoría de los casos, su población objeto son los indígenas.

Hay que tener en cuenta que "El Bloque imperial Mundial no está constituido sólo por los estados-nación mundialmente hegemónicos. Se trata más bien de la configuración de una suerte de trama institucional imperial, formada por las entidades intergubernamentales y privadas de control y ejercicio de la violencia, como la OTAN, las entidades intergubernamentales y privadas de control del flujo mundial de capital, financiero en especial (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Club de París, Banco Interamericano de Desarrollo, entre las principales), y las grandes corporaciones globales. Esta trama institucional constituye ya, de hecho, una suerte de gobierno mundial invisible" (Quijano, 2000a:9).

Es a partir de este análisis de Aníbal Quijano que planteo reflexionar sobre la inserción de la globalización en las instituciones locales de salud. La ayuda internacional creó una estrategia de control de lo local por parte de organismos externos, que se insertan en las instituciones locales públicas y privadas, el caso más significativo son las ONG y agencias de desarrollo bolivianas. Como Frantz Fanon ya mencionaba en su libro *Los condenados de la tierra*, publicado en 1961, "entre el explotado y el poder se impone una multitud de profesores de moral, de consejeros, de 'desorientadores'" (Fanon, [1961] 2009:33).

En Bolivia existen varios programas de salud públicos gratuitos que asume el Estado, entre ellos se encuentran el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el programa de Tuberculosis, el programa de Zoonosis, el de Salud Sexual y Reproductiva, el programa de VIH-SIDA; y en la región del oriente del país, el programa de Malaria y Chagas[1].

Estos programas corresponden a los lineamientos políticos internacionales, en donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tienen un papel protagónico. Esto llevó a la no independencia de políticas locales, ya que el financiamiento se basa exclusivamente en las iniciativas enmarcadas en esas políticas. Ello influyó –en las últimas décadas– en la decisión de priorizar la salud de "los pueblos indígenas", marco en el que se generó el concepto de interculturalidad, como una perspectiva integral de la salud que "plantea la armonización de los sistemas de salud indígena y el sistema de salud convencional a través de la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud" (OPS, 2003:13).

Un elemento que llama la atención es que si bien todos los países latinoamericanos enfatizan que las poblaciones indígenas poseen menor esperanza de vida y

[1] Actualmente el Ministerio de Salud está en el proceso de creación del Seguro Único de Salud, que pretende dar gratuidad a la totalidad de sus servicios.

peores condiciones de salud, ninguno dispone de datos epidemiológicos diferenciados del resto de la población. La pregunta que surge es: ¿De dónde surgen los datos que justifican las políticas? Este interrogante intentaré contestarlo a lo largo del libro.

La iniciativa de la salud de los Pueblos Indígenas surgió en la OPS en 1992, con el compromiso de promover la transformación de los sistemas de salud y apoyar el desarrollo de los sistemas alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional. Es decir, promoviendo el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales indígenas y colocando el eje para mejorar la salud de estas poblaciones en "la necesidad de incorporar las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud" (OPS, 2003:7). Este fue el marco a partir del cual se generó una serie de intervenciones en el campo de la salud intercultural llevadas a cabo por las ONG, agencias de desarrollo y el propio Estado boliviano, que terminó concretando la propuesta en la Nueva Constitución Política del Estado, aprobada a principios de 2009, donde se incluyó en varios artículos el concepto de interculturalidad.

En América Latina los programas y políticas sanitarias basadas en los lineamientos políticos internacionales se homogeneizaron, sin atender a los contextos locales. El caso boliviano es un buen ejemplo, ya que los programas y las políticas no fueron elaborados a

partir de la realidad y las necesidades sociales, sino a partir de datos epidemiológicos deficitarios que no representaban las causas principales de enfermedad y muerte del país, no obstante encajaban en las necesidades de las políticas internacionales (véase Ramírez Hita, 2009a).

La ayuda a las poblaciones indígenas en Bolivia por parte de la OPS se creó en el marco de los índices de salud deficitarios de estos grupos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las estrategias de atención primaria no fueron muy exitosas ni hicieron variar demasiado los índices epidemiológicos a lo largo del tiempo, a pesar de los esfuerzos del Estado, las cooperaciones internacionales, las ONG y las agencias de desarrollo.

La salud primaria centrada en la prevención y promoción tuvo poca acogida en las comunidades indígenas del país. Y no por el hecho de no incorporar las medicinas tradicionales, sino porque la estructura del sistema público de salud posee graves problemas de infraestructura, falta de insumos de todo tipo, serios problemas de recursos humanos[2], en los que influyen las deficientes condiciones laborales y los estudiantes atendiendo en hospitales y centros de primer, segundo y tercer nivel, sin supervisión; es decir, reemplazando

[2] Es importante destacar la falta de personal calificado en todos los servicios y las deficientes condiciones laborales de éste, que en la mayoría del país se encuentra con contratos temporales. Algunos sueldos apenas llegan al salario mínimo.

al personal de salud calificado. Para paliar todas esas deficiencias se decidió reforzar la atención primaria con la salud intercultural. Sin embargo, esta iniciativa no sólo no contribuyó a la mejora de la salud del país sino que mantuvo los niveles de ineficiencia y maltrato del que se caracteriza el sistema público.

La salud intercultural termina por ser una estrategia política y económicamente barata para hacer visibles cambios y mantener a los sectores subalternos apaciguados, proponiéndoles una revalorización de su cultura a través del respeto a sus medicinas tradicionales y saberes y, con ellas, la incorporación de terapeutas tradicionales a los servicios de salud cómo solución a las deficientes condiciones del sistema. Esto se hizo sin reforzar las capacidades resolutivas de los servicios médicos y sin recursos humanos calificados, ya que la mayor parte de los centros de atención primaria están atendidos por auxiliares de enfermería e internos (estudiantes); y sin el respeto para que las medicinas tradicionales sigan avanzando en sus propios espacios, sin la necesidad de incorporarlas al sistema oficial.

El hecho de incorporar a los terapeutas tradicionales dentro de los servicios de salud implica un *control* de la biomedicina sobre las medicinas tradicionales, al introducir a sus líderes religiosos en los centros. La biomedicina considera que deben ser erradicadas ciertas prácticas tradicionales para mejorar la salud de la población. En Bolivia se culpabiliza a la población del

descuido en prevención y, por tanto, se culpabiliza al *Otro* de las deficiencias del sistema público.

El actual Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) da la responsabilidad a la población de participar de los problemas de salud que afectan en sus barrios y comunidades. Sobre la participación de los sectores subalternos, Menéndez plantea lo siguiente: "Si la mayoría del tiempo la población subalterna la *gasta* en sobrevivir, de dónde va a salir el *tiempo real* para organizarse, quiénes lo pueden hacer, y lo que es más decisivo, durante cuánto tiempo pueden mantener esa actividad organizativa y participativa operada o no en términos autogestivos" (Menéndez, 1994:12).

Hay que tener en cuenta que las diversas medicinas tradiciones son usadas por la mayoría de la población, no sólo por la indígena, y ello no significa que no se recurra al mismo tiempo a otras formas de atención a la salud, entre ellas la biomédica. Es decir que no estamos ante medicinas que se están perdiendo –como van a plantear algunas autoridades, en especial el Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad–, sino de medicinas que han sobrevivido durante siglos adaptándose y reelaborándose en los nuevos contextos históricos. Actualmente, el gobierno boliviano pretende recuperar un saber ancestral "puro" y en esa pureza no caben las prácticas tradicionales actuales.

Las poblaciones indígenas de Bolivia se encuentran en la zona rural, pero también conforman una

importante población de las ciudades (por ejemplo, El Alto y Potosí). Bajo el criterio de una mayoría de población indígena rural, el Ministerio de Salud y Deportes creó hace unos años el Modelo SAFCI, centrado en las áreas rurales, no dando cabida a que el concepto de salud intercultural se aplique a la población indígena que no vive en las comunidades, ni a los grupos poblacionales que no son indígenas y que viven en el país. Existe una permanente exclusión/inclusión que polariza indígena/no indígena en todas las áreas, incluido el campo de la salud.

El énfasis en esta polaridad ha llevado, por ejemplo, a fomentar y promocionar las universidades exclusivas para la población indígena, contribuyendo con ello a la segregación/exclusión y autoexclusión de estas poblaciones; aunque en el discurso aparezca el reconocimiento de diversos saberes –científicos y no científicos–, en el fondo la formación no es la misma para unos que para otros. Deberíamos preguntarnos: ¿Quién financia este tipo de universidades y quiénes las han impulsado? Y volvemos –en la mayoría de los casos– a los organismos que impulsan la globalización a partir de los conceptos de diversidad, diferencia, etnia, cultura, interculturalidad y el respeto armonioso de todas las culturas y grupos sociales. Un ejemplo de esta dinámica lo encontramos en la Universidad Indígena Intercultural (UII) impulsada por el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos indígenas de América Latina y el Caribe, y la Universidad de

la Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN)[3] que ofrece la Maestría en salud intercultural con el apoyo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos, la Cooperación Alemana (GTZ), la OPS, la Fundación Ford, La Cooperación Austriaca a través de Horizontes 3000 y la Cooperación Técnica del Reino de Bélgica (Del Cid, 2008). En este contexto aparece el libro compilado por Del Cid (2008) *Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina*, sobre el estado de la cuestión de la salud intercultural en México, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Colombia, Perú, Ecuador, Bolivia; Chile, Uruguay y Argentina, realizado por los alumnos de la Maestría[4].

La implementación de la salud intercultural en Bolivia no cambió los datos epidemiológicos, ni puede considerarse un programa exitoso, sin embargo el discurso por parte de las autoridades, así como de las ONG y agencias de desarrollo sobre el éxito de Bolivia se difunde en toda América Latina. Considero poco ético impulsar a otros países a implementar esta iniciativa cuando en Bolivia no funciona, ni ha hecho mejorar la calidad de los servicios.

[3] Aunque los programas de estas universidades se proponen para indígenas y no indígenas, está claro que los estudiantes no indígenas que acuden a ellas son personas ya afines y convencidas de la causa indígena. La consideración de ampliar el pensamiento y romper barreras paradigmáticas respecto de los *otros* debería de introducirse en todas las universidades y no exclusivamente en las indígenas.

[4] En Bolivia está en proceso la creación de universidades indígenas.

Por ejemplo, las autoridades de salud pública encargadas de la población indígena Mbya-guaraní de la provincia de Misiones en Argentina, pretendían copiar el modelo boliviano de salud intercultural, citado como éxito. De la misma manera, Venezuela está implementándolo, basándose fundamentalmente en el supuesto éxito boliviano. Es necesario realizar investigaciones serias previas al diseño de programas y políticas, al mismo tiempo que hay que revisar e investigar sobre los materiales escritos (aunque sea por expertos) que anuncian los éxitos de la mayoría de los programas de desarrollo que se concretan.

Para conseguir calidad de atención en la salud pública es necesaria la transformación de las condiciones estructurales del sistema de salud. Habitualmente la calidad de atención se centra de manera exclusiva en el paciente, en tanto que las carencias suelen remitirse a problemas como la falta de funcionamiento de los servicios, la ausencia de personal cualificado o el maltrato ejercido al paciente por el personal sanitario. Sin embrago, en la relación que se establece en la consulta médica no se apunta como elemento de importancia la influencia de las condiciones laborales o las relaciones de identidad y clase social[5]; además del aspecto religioso, importante para entender los rechazos de

[5] Para este planteamiento véase la investigación realizada en detalle (Ramírez Hita, [2009] 2010)

la población indígena evangélica a los terapeutas tradicionales.

El libro está dividido en cuatro capítulos. El primero, titulado *La construcción del concepto de salud intercultural*, desarrolla la aparición del concepto en Bolivia y la importancia de los organismos globales y el Estado en la implementación de programas y políticas de salud intercultural que no han ayudado a mejorar los índices epidemiológicos. El segundo capítulo, titulado *Interculturalidad: diferencias y desigualdades,* es una revisión bibliográfica sobre los estudios realizados en distintas partes de Latinoamérica, pero fundamentalmente en la última década en Bolivia. En esta revisión se incorporan los trabajos publicados por ONG, agencias de desarrollo, como del propio Ministerio de Salud y Deportes; resaltando las deficiencias metodológicas de la mayoría de los trabajos que sustentan políticas y programas de salud. En el capítulo III, *¿Deberíamos continuar hablando de salud intercultural en América Latina?,* se plantea una reflexión a partir de las variables que están en juego en el concepto de salud intercultural y cómo diversos aspectos repercuten de manera negativa en la salud de la población. Por último, el capítulo IV, *Globalización, salud intercultural e instituciones locales,* desarrolla la influencia de la globalización en las instituciones locales de salud, a partir de la problematización del concepto de suma qamaña –vivir bien–,

desarrollo y bienestar, cuestionando los parámetros que utiliza el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para medir el Índice de Desarrollo Humano (IDH).

Capítulo I

La construcción del concepto de salud intercultural en Bolivia[6]

En el año 1992 Naciones Unidas realizó una Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo, de donde surgió la Declaración de Río. Al año siguiente se declaró el año internacional de las poblaciones indígenas del mundo "con miras a fortalecer la cooperación internacional para la solución de los problemas de los pueblos indígenas en las esferas de la educación, la salud, los derechos humanos, el medio ambiente y el desarrollo" (UNICEF, 2008:100).

En 1993 se celebró en Viena la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. De este encuentro surgió el Foro Permanente Para los Pueblos Indígenas, proclamándose la Década de los Pueblos Indígenas en 1995, que más tarde se amplió al 2015.

[6] Parte de este capítulo fue presentado en la ponencia: *Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano,* en el IX Congreso Argentino de Antropología Social, en agosto de 2008.

Posteriormente, en el año 2001 entró en vigor el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, y en mayo de 2005 el Banco Mundial adoptó la directiva de la política relativa a pueblos indígenas y se encargó de las decisiones sobre proyectos de desarrollo que involucrasen a las poblaciones indígenas. El Banco Interamericano de Desarrollo aprobó a comienzos de 2006 la versión revisada de su política operativa sobre pueblos indígenas, mientras que la Unión Europea, en 1998, creó principios y directrices para la cooperación con estos pueblos (UNICEF, 2008).

En el año 2007, por primera vez, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas consideró el derecho a la tierra y el territorio como un derecho humano. Sin embargo, hay que tener en cuenta que una declaración es un enunciado de ideas, no es de cumplimiento obligatorio, como lo son los tratados que establecen claramente las obligaciones que asumen los estados cuando los ratifican, por lo que son de carácter vinculante u obligatorio (UNICEF, 2008).

En este proceso, un aspecto importante a considerar es que: "En sesenta años de elaboración del derecho internacional en el sistema de Naciones Unidas, hay varios términos que no se han definido oficialmente. Entre ellos dos ejemplos notorios son 'pueblo' y 'minoría'" (UNICEF, 2008:25). Es significativa la ausencia de

la definición de estos conceptos ya que son la base de los proyectos de desarrollo que se implementan.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los estados miembros se comprometieron en las Metas del Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo (1994-2004) a trabajar con las poblaciones indígenas, enfatizando mejorar la salud y el bienestar. En este contexto, la OPS propuso la incorporación del enfoque intercultural a la salud, como una de las estrategias necesarias para lograr el acceso equitativo a la atención de calidad de las poblaciones de las Américas, en particular de la población indígena (Rojas, 2003).

Entonces, el término de interculturalidad se pensó para los pueblos indígenas en el marco de Naciones Unidas. En el caso concreto de la salud, la OPS, incorporó el concepto como estrategia para mejorar la atención primaria de estas poblaciones, en base a los deficientes índices epidemiológicos y su baja esperanza de vida. Se colocó el centro del problema en el desentendimiento cultural entre los servicios de salud y las diversas cosmovisiones indígenas. Como alternativa, se decidió incorporar las medicinas tradicionales a los servicios de atención primaria, es decir, dentro del *control* de la salud pública. La medida se pensó para la mayoría de los países latinoamericanos en donde la población indígena es minoritaria y marginal. Sin embargo, en Bolivia gran parte de la población es indígena, por lo tanto, no se debería haber pensado en la creación de una salud

intercultural dirigida a población indígena (básicamente rural), sino en la mejora de la salud pública para todos, ya que en el país la población indígena no se encuentra sólo en las zonas aisladas, está también en las ciudades. La ciudad de El Alto, por ejemplo, con casi un millón de habitantes, es en su mayoría indígena aymara y la ciudad de Potosí tiene predominancia de quechuas. El hecho de pensar exclusivamente en población indígena llevó a concretar, por parte del Ministerio de Salud, el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que se centró y pensó para las zonas rurales.

El concepto de salud intercultural alcanzó un verdadero auge en los últimos años. Como parte del reconocimiento jurídico de las poblaciones indígenas y en menor medida de los afrodescendientes. "[…] este reconocimiento es una respuesta a las luchas y demandas de los movimientos sociales, también –a la vez– se puede considerar como política conforme con las directivas de organismos multilaterales, más específicamente el Banco Mundial […] cada vez con más frecuencia en la región, estas políticas de inclusión están siendo renombradas como interculturalidad. Tal renombramiento, encuentra raíces, más que todo, en las directivas y políticas de organismos como el Banco Mundial, BID, PNUD, UNESCO, como también en las iniciativas de la Unión Europea, incluyendo en las entidades de cooperación internacional y en EUROsocial, un convenio entre la unión europea, PNUD y CEPAL con el apoyo del

BM y BID, siendo Brasil, México y Colombia los países de su mayor financiamiento" (Walsh, 2010:4 y 7).

Según el sociólogo francés Michel Wieviorka (2003), la diferencia entre interculturalidad y multiculturalidad consiste en que la primera es la relación entre culturas diferentes desde la base que implica el reconocimiento mutuo y donde los intercambios y diálogos se realizan con respeto recíproco, mientras que el multiculturalismo "reenvía a la imagen de un Estado o de instituciones que aseguran 'desde arriba' el reconocimiento de culturas diferentes, y a la puesta en práctica eventual de medidas sociales para sus miembros" (Wieviorka, 2003: 30).

En tanto que la diferencia entre pluralismo y multiculturalismo se puede analizar así: "Un nivel de diferencia entre los conceptos del pluralismo y de multiculturalismo, radica en que con frecuencia el segundo es utilizado para nombrar a las configuraciones multiculturales considerándolas como un *problema* a enfrentar o resolver, en tanto que el pluralismo las entiende como un punto de partida necesario para pensar esa misma realidad. La diversidad cultural no es concebida sólo como un conflicto potencial que debe ser solucionado, sino como un dato empírico que había sido minusvalorado por la reflexión social contemporánea y sin el cual no resulta posible pensar o actuar políticamente en el mundo actual" (Bartolomé, 2006:120).

Muchas disciplinas sociales y médicas incorporan el término de interculturalidad a su discurso y comienza a

ser utilizado en la práctica sin claridad teórica sobre el mismo. Su incorporación se fundamenta en supuestos que sirven de base para la implementación de programas, políticas e, inclusive, en el caso boliviano, de un Viceministerio de Medicina Tradicional que posteriormente cambió su nombre a Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. El sector salud, con asesoramiento de algunos científicos sociales que trabajan en universidades y en el ámbito de la cooperación internacional, incluyó este término en un discurso básicamente político, que comenzó a revalorizar la medicina tradicional y a visualizar un gran cambio en la "supuesta aceptación" de otra medicina diferente a la científica dentro de los servicios de salud.

Una de las experiencias que más influyó en Bolivia fue la del caso ecuatoriano. En Ecuador, el concepto de interculturalidad nació en el seno del movimiento indígena como oposición a la hegemonía política del conocimiento y como una propuesta hacia formas de pensar diferentes a la colonial, partidaria esta última de un Estado plurinacional. La Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador (CONAIE) planteó el proyecto de interculturalidad como una propuesta alternativa de sociedad, como un principio ideológico. En Bolivia, sin embargo, tal como plantea Walsh, el proceso fue diferente. Los movimientos indígenas aymaras centraron su atención en "Recuperar la memoria en relación con la organización regional de los ayllus, como una forma para (re)

pensar el proyecto estatal sin Estado. Tal pensamiento, a pesar de la diferencia de enfoque con la construcción ecuatoriana de un Estado plurinacional, no es distinto en su intención política. Ambos movimientos nacionales forman parte de proyectos políticos que están pensados desde la experiencia vivida de la diferencia colonial y no desde la ideología del Estado" (Walsh, 2007a: 179).

En consecuencia, la interculturalidad no se restringe tan sólo a las interrelaciones sino que también abarca el fortalecimiento de lo propio, aquello que consideran subalternizado por el colonialismo (Walsh, 2007a). En el análisis que realiza la autora sobre el caso ecuatoriano resalta que, cuando la interculturalidad pasa a formar parte del discurso asumido por el Estado o de instituciones como el Banco Mundial, el significado del proceso de cambio que promueven los grupos indígenas se debilita: "Cuando la palabra interculturalidad la emplea el Estado en el discurso oficial, el sentido es equivalente a 'multiculturalidad'. El Estado quiere ser *inclusivo*, reformador […] En cambio el proyecto intercultural en el discurso de los movimientos indígenas está diciendo otra cosa, está proponiendo una *transformación* […] está reclamando la necesidad de que el Estado reconozca la diferencia colonial (ética, política, epistémica). Está pidiendo que se reconozca la participación de los indígenas en el Estado […]" (Walsh 2007a: 196).

Un elemento interesante a destacar es que desde Ecuador se critica la propuesta "kichwa-céntrica" de este

modelo, al considerar que deja fuera las construcciones y significados de los grupos indígenas de la amazonía, de la costa y los afro-descendientes (Walsh, 2007a).

El movimiento indígena en Bolivia aplica el concepto de interculturalidad, casi en exclusiva, a la "educación intercultural" centrada básicamente en una educación indígena bilingüe. Posteriormente se relacionó a la "salud intercultural" como propuesta de reconocimiento de las medicinas indígenas tradicionales y como una manera de entender y revalorizar lo propio. A diferencia del caso ecuatoriano, en Bolivia el planteamiento no se vincula a las transformaciones del Estado y de las instituciones, sino al interés en incorporar y revalorizar las lenguas y las medicinas de los grupos indígenas, que se consideran esenciales en la revalorización de las culturas subalternas por parte del Estado.

Uno de los elementos destacables del caso boliviano es que fue la cooperación internacional la que introdujo el concepto de interculturalidad, que se caracteriza por replicar modelos de un país a otro, muchas veces sin contextualización, circunstancia que ha supuesto que la implementación en el campo de la salud se haya efectuado con escasa reflexión teórica. Posteriormente, fueron los movimientos indígenas los que asumieron el concepto introducido por las ONG y la cooperación internacional, que incentivaron financiera y técnicamente la educación bilingüe (a la que denominaron educación intercultural) y la revalorización de la medicina tradicional (a la que

denominaron salud intercultural). Si, por un lado, esta revalorización de las medicinas indígenas tradicionales es real, por otro, los terapeutas tradicionales han visto en ella una fuente de trabajo; de manera que, con toda lógica, se han sumado a la propuesta reivindicándola como propia. El Estado asumió y promovió el discurso, sin otorgar a los terapeutas tradicionales condiciones laborales similares a las de los trabajadores de los servicios de salud.

La propuesta de interculturalidad que pretende el cambio y la revalorización de lo propio –lo indígena– a fin de llegar a una sociedad más justa y equitativa, pierde su sentido en el ámbito de la salud, dado que la salud pública ha estado y está ausente en muchos puntos del país y, sobre todo, en las áreas indígenas apartadas. El proyecto político de cambio, que persigue la complementación de ambas medicinas, no coloca el análisis en las desigualdades en salud que poseen estas poblaciones; y no precisamente porque no haya sido reconocida o valorada su propia medicina, sino por las falencias del sistema público de salud boliviano. Los movimientos sociales indígenas no plantean una atención exclusiva de la medicina tradicional sino una revalorización de su medicina. Un hecho es el reconocimiento del discurso y otro, la práctica concreta en que se desenvuelven los argumentos teóricos, gestados lejos de las poblaciones. La reivindicación de los terapeutas tradicionales no supone una misma actitud por parte de las comunidades indígenas.

En Bolivia, el problema asociado al término intercultural es el de su utilización sin una definición clara. Se lo equipara al de relaciones interétnicas, bajo el supuesto de que se trata de relaciones de carácter armónico donde cada grupo da lo mejor que tiene al otro. La Organización Panamericana de la Salud describe así la interculturalidad: "El concepto de interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etáreas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa" (OPS/OMS, s.f: 30).

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, en el año 2007 lo definió de la siguiente manera: "La interculturalidad en la salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas donde cada una de ellas se predispone al diálogo, respeto, reconocimiento, valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud: calidad de atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes" (Ministerio de Salud y Deportes, 2007: 7 en Royder y Angeloni, 2007: 16). Disponemos de un sinfín de definiciones que se encuentran en esta misma línea, al considerar que la relación se ha de dar entre sujetos sociales de culturas

diferentes, en donde se da por entendido que el personal sanitario y los usuarios son de diferentes culturas, y que los pacientes son homogéneos y sólo utilizan una medicina diferente a la biomédica (la tradicional).

Bolivia es un país multiétnico (treinta y seis grupos indígenas diferentes) en el que el concepto de interculturalidad tiene poca cabida en el sentido en el que se usa. En la mayor parte de los casos, el término se utiliza para referirse a la relación entre dos culturas. Así, en el caso de la salud, ello supone que se hable de cultura biomédica y cultura tradicional. Esta clasificación relaciona la primera a la cultura occidental y la segunda, a la indígena, como si ambas constituyeran sistemas culturales aislados exteriormente y homogéneos interiormente. De esta manera se niega la existencia de la heterogeneidad cultural dentro de la biomedicina y, también, dentro de la medicina tradicional. Cada cultura es poseedora de conocimientos médicos, portadora de saberes de atención y de cuidado a la salud y, por tanto, no se debería hablar de medicina tradicional indígena y de medicina occidental o mestiza. Lo tradicional y lo científico no son categorías homogéneas ni cerradas, ni estáticas, ni aisladas, ni son las únicas formas de atención a la salud a las que recurre la población[7].

El concepto de interculturalidad debería incorporar de forma clara las diferencias y reconocer que en las

[7] Véase Menéndez, 1987.

relaciones interétnicas suelen darse, más que relaciones armónicas y complementarias, conflictos y contradicciones que son el resultado de las relaciones de poder que con ellas aparecen. Como bien dice Cardoso (1992), las relaciones interétnicas se dan habitualmente en términos de dominación y sujeción.

El concepto de salud intercultural se ha extendido popularmente como la complementación en los servicios de salud de la biomedicina y de la medicina tradicional[8]; sin que se reconozca el pluralismo médico que existe en todas las culturas y grupos sociales.

Hay que tener en cuenta que las diferencias entre grupos no son sólo culturales, sino también de clase social, un elemento importante que en Bolivia no se analiza desde el campo de la salud, ni desde la antropología. El cambio social, que provoca la aculturación y el desarrollo, está pensado en términos de complementariedad entre las partes en relación (Menéndez, 2006). No obstante, es en las diferencias donde aparece el conflicto que se construye en la mayoría de las relaciones interétnicas. Las relaciones económico/políticas marcan las que se generan entre las diversas culturas, y ello se evidencia a nivel microsocial en las relaciones que se establecen entre el personal sanitario/paciente.

[8] Incluido en ciertos sectores antropológicos donde estas propuestas de débil sustento teórico y metodológico tienen cabida.

La situación de pobreza y desigualdad social afecta no tan solo a las poblaciones indígenas, sino también al personal sanitario. La desocupación y las deficientes condiciones laborales se solapan en el concepto de cultura (implícito en el término de interculturalidad) y esto se extiende a la relación que se establece con el paciente. Si la mayoría de la población indígena de Bolivia se encuentra en situación de extrema pobreza, un alto porcentaje del personal sanitario está en situación de pobreza. En el área andina, una parte importante de los prestadores de servicios de salud y de los pacientes pertenece a las mismas condiciones de clase social y son parte de las mismas relaciones étnicas; aunque sus relaciones dentro de los servicios de salud se establezcan a través de relaciones de poder (que, sin duda, involucran el conocimiento). Estas relaciones son las que generan que las prácticas laborales del personal sanitario no sean las deseables a la hora de ofrecer calidad de atención.

La semejanza de los sujetos sociales hace que, en la consulta médica, se agudice la necesidad de evidenciar la diferencia con el paciente. Esto, con frecuencia, implica una situación de maltrato. Las posiciones de poder de los miembros de los grupos étnicos aparecen como manifestaciones de la identidad étnica (Bartolomé, 1997). Así, se establecen entre el personal sanitario y el paciente relaciones jerárquicas que van a estar representadas por las relaciones de identidad mestiza/indígena.

La identidad étnica posee como esencia la noción de identidad contrastiva; es decir: la noción del *nosotros* frente a los *otros* (Cardoso, 1992). Trasladado al campo de las relaciones entre el personal sanitario/paciente, vemos que la identidad se afirma negando otra identidad. En el caso del personal sanitario una gran parte niega su condición indígena para así diferenciarse de ese *Otro* que, además, representa un estatus inferior al suyo. La identidad étnica es una forma ideológica de representaciones colectivas (Cardoso, 1992); sin embargo, podemos agregar a esta relación entre el personal sanitario y el paciente la definición de conciencia étnica, por la que la relación entre el *nosotros* es el resultado del grupo con su historia (Bartolomé, 1997). Esta relación intraétnica imprime características singulares a las relaciones entre el personal sanitario y el paciente.

Entre los aspectos que no están incorporados al concepto de interculturalidad se encuentran los sociales y económicos. Estos afectan, sin duda, la práctica laboral de los trabajadores en salud[9]; sin embargo, únicamente se destaca como dimensión importante la cultural. Las relaciones entre la población y el personal sanitario se encuentran establecidas por la subalternidad, la situación socioeconómica y el aspecto étnico. Un

[9] Por trabajadores en salud entenderemos a todos los sujetos sociales que trabajan dentro de los servicios de salud: portero, personal de limpieza, administrativos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliar de enfermería, etc.

porcentaje significativo de quienes prestan servicios de salud en la zona andina pertenecen a las culturas aymara y quechua, aun cuando se identifiquen con la categoría de mestizo. En este sentido, no se debería hablar de relaciones interétnicas en el campo de la salud, sino de relaciones intraétnicas. Podemos encontrar personal sanitario indígena que no habla la lengua del grupo al que pertenece (habitualmente encontramos integrantes de una primera generación a quienes sus padres ya no enseñaron la lengua, como proceso de cambio de clase y status social), no obstante, se rige por muchas de las pautas culturales de su grupo. Al respecto, Menéndez (2006: 61) señala: "La reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a los aspectos culturales expresa, frecuentemente, objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir o por lo menos a opacar los procesos socioeconómicos que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas".

Otro de los problemas que encontramos en Bolivia a la hora de la utilización del término es su asociación, casi exclusiva, a los conocimientos de salud, enfermedad y atención referidas a las culturas aymara y quechua. El hecho de que Bolivia posea treinta y seis culturas diferentes, implica que existen numerosas concepciones de salud/enfermedad/atención, así como terapeutas tradicionales diferentes a los andinos. Dentro de esta diversidad también conviven numerosas formas de

atención que no deberían restringirse a la medicina tradicional y a la biomédica. Lo tradicional es entendido por el sector salud como algo estático, sin procesos de cambio y sin reapropiaciones de otras formas de atención no tradicionales.

Como ya demostré en una investigación que realicé en la ciudad de Potosí (Ramírez Hita, [2005] 2010) existen varios sistemas médicos: el biomédico, el tradicional, el religioso (representado por la iglesia evangélica) y el sistema de autoatención. Y este es sólo un ejemplo de la diversidad de sistemas y formas de atención a la salud que se dan en un contexto social determinado. El hecho de no reconocer esta variedad de formas de atención existentes en los diversos grupos sociales, incide en el empeño de dar cabida exclusiva a lo tradicional y lo biomédico.

La cultura ha sido siempre el centro de la disciplina antropológica, que a través de sus diversas corrientes teóricas analiza las diferencias, similitudes, conflictos, etc., de las diversas culturas y sus relaciones interétnicas. Así, uno de los problemas es el no reconocimiento de la especificidad de la antropología en este campo y, en especial, de la antropología médica por parte del sector salud en Bolivia, siendo el propio personal sanitario[10] quien está implementando la salud intercultural.

[10] Junto con algunos terapeutas tradicionales exclusivamente de la cultura andina (quechua y aymara), sin asesoramiento de terapeutas tradicionales de las culturas de las tierras bajas.

El concepto en sí está popularizándose tanto en la teoría como en la práctica, dando como resultado que el plano teórico y empírico se confundan. El ejemplo más claro de ello es la creación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), en el que se advierte claramente la confusión teórica y empírica trasladada a la práctica concreta. El concepto de interculturalidad está imponiéndose poco a poco como dominante en la disciplina antropológica y en el sector salud, aunque, como bien dice Menéndez (2006), omitiendo las condiciones económicas y de poder.

Otro de los grandes problemas se remite al hecho de que la mayoría de los formadores y profesores de los postgrados[11] de salud intercultural forman parte del sector salud; son ellos, y no profesores de ciencias sociales, quienes inclusive imparten los cursos de metodología cualitativa[12]. Las tesinas salidas de estos postgrados están sirviendo de base para la implementación de programas y políticas. El SAFCI fue creado por médicos recién egresados de estos postgrados, quienes, con una formación muy débil en la temática cultural, diseñaron estrategias interculturales de acción para el cambio.

[11] Del Postgrado de Salud Intercultural han salido hasta el momento tres promociones en el país (una en la ciudad de La Paz y dos en la ciudad de Potosí).

[12] La metodología cualitativa en el sector salud se confunde con la utilización de técnicas cualitativas, especialmente con la utilización de entrevistas y grupos focales.

En estos postgrados[13] se imparte, casi exclusivamente, conocimiento sobre elementos biomédicos y tradicionales; sin embargo, en cuanto al conocimiento cultural únicamente se enseña lo relacionado con las culturas andinas, con una confusión habitual entre lo cultural y lo tradicional. La mayoría de los antropólogos y sociólogos que han pasado por estos postgrados pertenecen a la corriente teórica de antropología médica más representativa en el país: La etnomedicina, en donde las investigaciones que se realizan poseen un enfoque empiricista y donde la cultura y la medicina tradicional son analizadas como creencias o como sistemas de creencias, ignorando las condiciones socioeconómicas y los aspectos macrosociales (Menéndez, 2002; Good, [1994] 2003). Estos antropólogos son los que están sustentando la creación de centros de salud intercultural en Bolivia y en otras partes de Latinoamérica. Un ejemplo de estos trabajos y reflexiones se encuentra en los artículos de salud intercultural que compiló Gerardo Fernández (2004a, 2006b) o la compilación realizada por Luca Citarella y Alesia Zangari (2009) sobre el éxito de la salud intercultural en Bolivia, artículos que, en buena parte, reflejan esta visión (son muy pocos los que expresan una mirada crítica), con una polarización entre la medicina tradicional y la biomédica, incentivando al entendimiento

[13] Los estudiantes de estos postgrados son profesionales que trabajan en la salud pública, financiados por la cooperación internacional.

entre las dos únicas formas de atención reconocidas en el país, reafirmando la complementación entre ambas y negando el papel de lo social, lo político y lo económico como parte del proceso.

Ante la escasez de trabajos de antropología médica centrados en las concepciones de salud, enfermedad y atención de las culturas de la amazonía y el chaco, la cultura andina aparece cada vez más como preponderante. A estos postgrados acuden amautas, yatiris, kallawayas (todos pertenecientes a las culturas quechua y aymara) a hablar de sus conocimientos como terapeutas tradicionales; sin embargo, en estos cursos no se cuenta con ningún terapeuta tradicional guaraní, yaminahua, ese-ejjas, siriono, ni de cualquier otra de las múltiples culturas localizadas en las tierras bajas para que aporte sus conocimientos.

Un postgrado que se debería caracterizar por el conocimiento y reconocimiento de la diversidad cultural del país, se caracteriza por la homogenización del conocimiento andino "tradicional" y biomédico. Esta reproducción del término está haciendo que los resultados de la improvisada conceptualización influyan en la salud de la población, y no precisamente en términos positivos.

Uno de los aspectos que fueron dejados de lado en este cambio fue el análisis de la calidad de los servicios de salud.

Entenderemos por calidad de atención al óptimo entendimiento por parte de los actores involucrados en

el acto médico. Un entendimiento que implica tiempo adecuado para la consulta médica, que los servicios de salud cumplan con las mínimas condiciones propias de funcionamiento resolutivo y que el personal sanitario esté en plenas condiciones para ejercer bien sus funciones, requisito que conlleva un sueldo digno acorde con el nivel profesional, el ejercicio pleno de los derechos laborales (vacaciones, aguinaldos, seguro de enfermedad, etc.), una buena formación académica y, también, que los prestadores de servicios de salud otorguen un buen trato al paciente. El trato debería incorporar el respeto que merecen las diversas formas de entender y atender la salud y la enfermedad y, por tanto, los orígenes culturales; así como la religión, el género, la clase social y la identidad étnica. El reconocimiento de estos aspectos debería acompañarse de condiciones sociopolíticas que ayuden a su concreción (Ramírez Hita, 2009c:18).

La realidad de los centros de salud intercultural

Bolivia incluyó en el discurso sanitario el término de salud intercultural y fue planteado como una estrategia para la mejora de la calidad de atención y, por tanto, para incidir en los índices de morbimortalidad del país.

A lo largo de los últimos años la creación de centros denominados de salud con adecuación intercultural

–en los que se prima y enfatiza lo materno infantil– ha dado paso a acciones como la creación de infraestructura de adecuación al parto intercultural y la incorporación de terapeutas tradicionales. Estos centros de salud intercultural fueron construidos sin un trabajo previo de investigación en el que se analizara cuál era el significado del concepto de calidad y si, para sus usuarios, la calidad de atención equivalía a incorporar terapeutas tradicionales, salas de adecuación al parto intercultural en hospitales o centros de primer y segundo nivel de atención[14].

Desde su configuración, la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) ha agrupado a los terapeutas tradicionales –aún cuando cabe destacar que nunca ha representado a su mayoría–. A lo largo de los últimos años, dichos terapeutas han conseguido su institucionalización, dada la necesidad de las cooperaciones internacionales de fomentar este proceso, por su necesidad de incorporar a los proyectos la *participación* de las personas involucradas y la dimensión *cultural*, y no por una exigencia de las comunidades o de los mismos terapeutas.

[14] Los centros de primer nivel son los que ejercen atención primaria, los de segundo nivel deberían de contar con cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetra y pediatría y los terceros niveles son los hospitales en donde se realizan procedimientos más complejos y diagnósticos especializados.

Es interesante destacar el caso del departamento de Potosí, donde la cooperación italiana invirtió en la creación de SOBOMETRA de ámbito departamental, lo que generó conflictos internos, hoy todavía sin resolver. Tiempo después, este discurso lo asumió el Ministerio de Salud y Deportes como propio, con un reconocimiento de lo tradicional y con el énfasis puesto en que esta estrategia ayudaría a mejorar los datos epidemiológicos y a revalorizar las culturas indígenas. Se partió del *supuesto* de que si la población no recurría a los servicios biomédicos era porque la atención se realizaba en la medicina tradicional (Ramírez Hita, 2006a).

En el énfasis otorgado al reconocimiento de la medicina tradicional y su institucionalización se obvió el análisis de que, en las zonas donde se crearon los centros de salud intercultural (en concreto el departamento de Potosí y la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz), la esperanza de vida es una de las más bajas del país y que, a su vez, son áreas donde la población está fundamentalmente atendida mediante la medicina tradicional. Como estrategia política se incorporó la medicina tradicional dentro de los centros, sin embargo, no se trabajó el fortalecimiento de los servicios de salud (en cuanto a capacidad resolutiva). Fue una manera fácil y económica de hacer visibles cambios en el ámbito de la salud. El concepto de *cultura* comenzó a tomar un matiz político y reivindicativo desde la salud, siempre desde actores externos a

las comunidades. Esta estrategia, que se propuso como solución a ciertas falencias de la salud pública, no ayudó sin embargo a mejorar la calidad de los centros de salud y hospitales.

Muchos de los centros de la zona rural del altiplano son atendidos por auxiliares de enfermería e internos[15] (de enfermería, auxiliares de enfermería, médicos), que acuden a realizar sus prácticas a los centros de salud. El personal sanitario que trabaja en la zona rural, con frecuencia en condiciones muy precarias, vive habitualmente sin su familia, a la que prefiere dejar en la ciudad para que sus hijos puedan estudiar, ya que las escuelas en la zona rural no poseen calidad en la enseñanza. Sólo ven a sus familias un fin de semana al mes, cuando salen a cobrar su sueldo; en ese momento, los centros de salud rurales suelen cerrar o quedan a cargo de estudiantes.

El personal rural (médicos, enfermeros, auxiliares, farmacéuticos, etc.), tiene poca posibilidad de ascenso en su profesión, debido a que no puede capacitarse con estudios de especialización y ni trabajar en un consultorio privado, como sí hace una parte del personal de salud pública que trabaja en las ciudades. No puede, por tanto, mejorar no tan sólo económica sino profesionalmente. Estas condiciones hacen que la mayoría del

[15] Interno es el nombre que se da a los estudiantes de medicina de último año que están realizando sus prácticas. Los residentes son médicos que están haciendo su especialidad.

personal de salud tenga una baja autoestima, sumado a un descontento generalizado al estar mal pagado y no reconocido –la mayoría de las veces– ni por la población ni por las autoridades superiores. Las condiciones laborales son tan deficientes que repercuten en la calidad de la atención de los centros de salud. A fin de mostrar con mayor claridad cuál es la realidad en la zona rural del altiplano boliviano, pondré el ejemplo de un centro que se presenta como modelo de hospital de salud intercultural.

Tinguipaya es un municipio del departamento de Potosí que posee casi 30 mil habitantes, en donde se encuentran 18 puestos de salud y un hospital de salud intercultural. En dichos puestos tan sólo trabajan auxiliares de enfermería (uno por puesto) mientras que el hospital de salud intercultural que fue terminado de construir hace unos años por la ONG italiana COOPI, únicamente puede resolver casos de atención primaria. El equipo del hospital está compuesto por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería, un odontólogo, un farmacéutico y un terapeuta tradicional. Dado que dicho equipo debe atender en el mismo hospital, y también en las comunidades (sumamente dispersas y, en algunos casos, prácticamente inaccesibles ante la ausencia de caminos en buenas condiciones), el hospital suele estar cerrado o disponer tan sólo del farmacéutico. Tinguipaya está a tres horas de la ciudad de Potosí (la mitad del camino es de tierra),

donde se encuentra el hospital Daniel Bracamonte, el único centro de salud público de tercer nivel de todo el departamento[16].

El hospital de Tinguipaya fue construido y pensado de acuerdo con la definición de interculturalidad mencionada. El objetivo fue obtener armonía y unión entre los dos sistemas médicos; de ahí que se consideró la necesidad de crear una sala donde se pudiera realizar el parto de la manera tradicional, es decir, tener la guagua[17] en la posición en que la mujer quisiera, con los familiares presentes, con ciertos mates –infusiones– y preparados necesarios para que el parto pudiera realizarse como en casa (donde se respetan las concepciones culturales del frío y del calor). Se equipó asimismo con un ambiente en el que el terapeuta tradicional pudiera atender dentro del hospital.

Así, se construyó un hospital donde lo cultural tomó importancia desde lo arquitectónico (materiales, forma, color, etc.); sin embargo fueron dejados de lado los aspectos principales que hacen a la capacidad resolutiva de estos centros. Actualmente, en el hospital de Tinguipaya ni tan siquiera se puede realizar una simple cesárea en el caso de que surjan complicaciones en el parto. El hospital funciona exclusivamente como centro

[16] A causa de las deficientes condiciones de los caminos, algunas de las comunidades del municipio de Tinguipaya pueden tardar más de seis horas en llegar a la ciudad de Potosí.

[17] Guagua es el término local para denominar al bebé y al niño.

de atención primaria, con el único agregado de poseer dos dependencias para internación. Cualquier parto con complicaciones debe ser derivado al hospital de Potosí.

Estos centros y hospitales se crearon con el interés fundamental de incidir en una disminución de los índices de mortalidad materna infantil. Dado que la población no recurría a los servicios de salud, la cooperación internacional supuso que era porque los partos eran atendidos por las parteras en las comunidades y que lo único que había que hacer era adecuar los centros de salud a las formas de entender y atender la salud/enfermedad de la población indígena andina. Por esta razón, se realizó una sala diferente a la del parto convencional, así como la incorporación al centro de un terapeuta tradicional y la capacitación de parteras y terapeutas tradicionales, en especial sobre cómo realizar el "parto limpio", posibilitando la realización de preparados mediante plantas medicinales de la zona. No se pensó, sin embargo, en la capacidad resolutiva en términos médicos, ya que las causas de morbimortalidad tan sólo fueron analizadas desde la óptica cultural. Se actuó desde el supuesto de que la población prefería ser atendida por la medicina tradicional y realizar los partos con parteras, porque los servicios de salud no estaban adecuados a la realidad cultural andina.

No obstante, en estos centros de salud intercultural, al registrarse una complicación en el parto, el riesgo de mortalidad materna sigue siendo alto. En el caso

de Tinguipaya, por ejemplo, la ambulancia existente cuando realicé el trabajo de campo, llevaba un año sin chofer; la mayor parte de las veces el hospital está cerrado y sólo existe un médico general para una población de 30.000 habitantes dispersos.

Cuando una persona de la comunidad recurre a un puesto de salud lo que realmente quiere es ser atendido por un médico (con capacidad resolutiva) porque, de querer recurrir al terapeuta tradicional, ya conoce donde vive y en qué casos debe acudir a él, dentro de la diversidad de formas de atención que existen en la zona. El problema por el cual la población no recurre a los centros de salud es porque ahí no solucionan sus problemas. Pese a que los terapeutas tradicionales que rotan en el hospital de Tinguipaya son pagados por la Alcaldía, son poco consultados en dicho centro. En la zona rural, toda la población sabe dónde localizarlos y su capacidad de atender las patologías populares.

Estos terapeutas, además de realizar tratamiento a los enfermos, se encargan de la cohesión grupal en las comunidades. Su trabajo se caracteriza y se ha caracterizado a lo largo de su historia, por ser un trabajo informal, no institucionalizado.

La atención a los enfermos, así como el desarrollo de prácticas de prevención, incluye la realización de mesas y ceremonias rituales que son ofrecidas a los distintos causantes de enfermedad (las almas, la pachamama, el rayo, etc.). Aspecto que no se tuvo en cuenta en la

creación de la mayoría de los centros de salud interculturales: el cuarto destinado al terapeuta tradicional es igual que el del médico. Sin embargo, es sabido que un terapeuta tradicional andino necesita quemar incienso y ciertos elementos, matar animales (la utilización de la sangre es importante) mientras que lo habitual es que realice su tratamiento en el interior de la casa del enfermo –ya que no se enferma un individuo independiente sino el grupo familiar–, en la cima de un cerro o, si la enfermedad es el susto, en el lugar donde se asustó la persona, etc.

En la práctica, el médico y el terapeuta tradicional trabajan aislada y no conjuntamente, por mucho que ambos estén en el mismo centro. Ambos se encuentran situados en espacios separados, aplican tratamientos diferentes e incluso contradictorios. Contribuyen, de esta manera, a la confusión del paciente cuando se trata de patologías biomédicas; lo que no ocurre en el caso de las populares (susto, gloria[18], orejo[19], etc.) –sobre las cuales la población ya conoce las limitaciones del médico–, y que es el terapeuta tradicional quien posee el

[18] La enfermedad de la gloria aparece cuando, al caer un rayo, el humo entra dentro de la persona. El trueno asusta a la persona. Esta patología provoca tos, temperatura y debilitamiento hasta la muerte. Sólo puede tratarla un terapeuta tradicional a través de una ceremonia ritual (Ramírez Hita, [2005] 2010).

[19] El orejo/orejeadura es una patología popular que aparece cuando el olor de un muerto (humano o animal) entra dentro de la persona. Es un motivo de muerte común en los niños, por ello las mujeres embarazadas evitan ir al cementerio (Ramírez Hita, [2005] 2010).

conocimiento. A veces, la población acude al centro a buscar al terapeuta tradicional durante su horario de trabajo para pedirle que, en cuanto se desocupe, vaya a atender a la casa del paciente. Es decir que, aún cuando las patologías queden anotadas en los registros de los terapeutas tradicionales, en su mayoría no son tratadas en el centro.

La religión evangélica[20], posee cada vez un mayor espacio en torno a la salud. Es importante tener en cuenta el grado de influencia con que cuenta en relación a los sistemas biomédico y tradicional; en especial si se considera que la iglesia evangélica es contraria a las prácticas tradicionales y puede influir en la no aceptación del servicio por parte de sus fieles (Ramírez Hita, [2005] 2010; 2006a).

Otro de los ejemplos es el hospital de Patacamaya, en el departamento de La Paz, desde hace seis años de salud intercultural. Tiene una sala designada al parto tradicional y un espacio para un naturista, además de salas de internación y quirófano. Sin embargo, de este hospital se desprende la insatisfacción de las personas que viven en las zonas rurales que lo rodean, en su mayoría aymaras. Al igual que el hospital Daniel Bracamonte de Potosí, la cooperación (en este caso española) realizó un trabajo prolongado de capacitaciones de todo

[20] Para mayor información sobre la influencia de la iglesia evangélica en el campo de la salud véase Ramírez Hita [2005] 2010; 2007.

tipo. Durante años optimizó la infraestructura para conseguir mejorar los datos epidemiológicos (sobre todo en la salud materna infantil) y la calidad de atención. Lo cierto es que al hospital llegan muy pocos pacientes. Cuando la población de la zona necesita de algún tipo de atención médica, suele viajar a la ciudad de La Paz.

Uno de los elementos más importantes del saber popular, referido al parto andino, es la necesidad de *calor* para que el parto se realice adecuadamente y para que la embarazada no sufra de sobreparto –patología popular–, considerada una de las principales causas de muerte en las mujeres. Las bajas temperaturas del hospital de Patacamaya son mayores que si uno se encuentra a la intemperie[21], motivo por el cual las mujeres no quieren atenderse en este servicio, por el miedo a morir de sobreparto[22]. El hospital no posee sábanas, ni mantas suficientes, cada cama posee sólo una cobertura en un lugar del altiplano en donde las temperaturas son realmente bajas. Este es uno de los múltiples motivos por los que estas salas siguen sin tener ningún éxito en la población de la zona.

A pesar de que este centro posee una sala especial para realizar el parto en la forma tradicional, sólo ha sido utilizada en pocas ocasiones por internos que,

[21] A pesar de que la cooperación colocó calefacción, nunca funcionó.

[22] El sobreparto es una patología popular, causada por el frío, frecuente en la zona andina, asociada por el saber popular a una de las causas de muerte más importantes en las mujeres.

previamente, han tenido que convencer a las mujeres para ser atendidas allí. En cualquier caso, la mayoría de las veces ni tan siquiera se ofrece la sala a las mujeres.

Por otro lado, varios naturistas van rotando en el hospital, aunque también poco frecuentados. Al igual que en otros servicios, la atención de los estudiantes es uno de los motivos por los que la población considera que el centro no posee calidad de atención.

Otro de los centros referido como exitoso es el hospital de Curva, creado en el año 2000 en la Provincia Bautista Saavedra (departamento de La Paz) por la cooperación española. Esta es un área de terapeutas tradicionales kallawayas y, por ello mismo, incorporaron al hospital un kallawaya; no obstante, como destaca Callahan (2006:289): "Casi seis años más tarde, esta innovadora idea no ha funcionado. Desde diciembre de 2002 hubo solamente treinta y cuatro visitas según el registro de pacientes del consultorio kallawaya, con un promedio de once consultas por año entre 2003 y 2005". Es interesante destacar que "más de la mitad de las personas eran turistas extranjeros y solamente dos visitas correspondían a pacientes de Curva" (Callahan, 2006: 289). El estudio de esta autora resalta cómo, desde la creación de este centro, el número de visitas es inferior al que se contabilizaba antes. Este hospital cumple las funciones de un centro de atención primaria, de modo que cualquier complicación (inclusive un parto) no puede ser atendida. Este es uno de los motivos por los

cuales la población no acude al servicio; a lo que se añade el hecho de que, cada tres meses, cambia de interno y la población sabe que ellos son estudiantes que realizan sus primeras prácticas.

Ante la propuesta de los residentes del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural[23], que señala al médico como líder de la comunidad (para realizar todas las gestiones necesarias en torno al ámbito de la salud, incluidas las de investigación, saneamiento de aguas, etc.) y como protagonista capaz de "coadyuvar a la reconstrucción del poder local de las comunidades" (Ministerio de Salud y Deportes, 2008a: 9), la pregunta que se desprende y queda pendiente en el debate es: ¿Quién va a atender el centro de salud mientras estos médicos se dedican a gestar iniciativas de la comunidad? El eje, por tanto, vuelve a ponerse en la dispersión, con el resultado de que los centros no disponen de personal cualificado para la atención.

Con respecto a los hospitales que se encuentran en las ciudades, algo mencionado por la población y que aparece en las prácticas como uno de los factores que repercuten en una deficiente calidad de la atención es la presencia de los estudiantes[24] de todas las especialidades

[23] Actualmente hay "143 médicos residentes de SAFCIS en 143 puestos de salud" (Ministerio de Salud y Deportes, 2008a:10).

[24] Término donde englobaremos también a internos y residentes. Existen dos tipos de residentes: quienes nada más terminar la carrera hacen su especialidad (es decir, no han tenido el tiempo de procesar lo aprendido y de saber realizar la práctica) y aquellos que después de un

de salud. Estos estudiantes son los que atienden buena parte de la demanda hospitalaria; en la mayor parte de los casos, sin supervisión médica. Esta es la causa y el motivo de múltiples negligencias.

Es frecuente que algunos médicos, en el horario de su turno laboral en la salud pública, trabajen en sus consultorios privados. Es decir que los médicos de la planilla desparecen de vez en cuando del hospital, de forma que sea difícil encontrarlos y que resulte casi imposible que supervisen a los estudiantes.

Los estudiantes realizan la educación sanitaria sin profesores ni supervisores ya que se considera que la función de educar no supone consecuencias negativas ni para el centro ni para la población. Una educación deficiente implica, pese a no reconocerse, la posibilidad de cometer negligencias médicas. En buena parte de los casos, las charlas que se imparten en las salas de espera no son supervisadas; entre otras razones, porque el personal no tiene tiempo. La inseguridad y los errores que se desprenden de la actividad de los estudiantes es argumento suficiente como para que se replante esta función delegada.

A los problemas que poseen los servicios de salud pública hay que apuntar las deficientes condiciones laborales de los trabajadores del sector. A nivel nacional

---

tiempo de trabajo en la profesión deciden realizar la residencia. Esta crucial distinción parece no ser relevante a la institución hospitalaria.

casi la mitad trabaja con contrato eventual, sin nombramiento oficial, lo que implica que, bajo amenazas de despido, trabajan más horas que el personal con ítem[25] y su ingreso económico es inferior (algunos por debajo del salario mínimo oficial); no puede enfermarse ni tener vacaciones porque de hacerlo debe dejar un sustituto al que tiene que pagar. Y a ello hay que agregar la falta de personal sanitario en todas las instituciones públicas del país. La situación de precariedad laboral propia de los contratados (que suman un alto porcentaje de los trabajadores en salud) es considerada por parte del personal sanitario como una de las razones que explican la inexistencia de una buena calidad de la atención en el sistema público.

A partir de esta situación, caracterizada por la ausencia de recursos de todo tipo –humanos, materiales, etc.–, se planificaron los centros de salud intercultural, bajo el supuesto de que la población recurriría a ellos si disponían de un terapeuta tradicional y de una sala de adecuación al parto intercultural. Sin asegurar, sin embargo, la capacidad médica resolutiva, exclusivamente centrados en fortalecer la medicina tradicional. Hasta el momento no se han efectuado investigaciones que demuestren que los índices epidemiológicos del país pueden mejorar bajo la intervención exclusiva de

[25] En Bolivia, ítem significa un puesto laboral fijo, con reconocimiento de beneficios sociales (seguro de salud, jubilación, etc.) y laborales respaldados por ley.

la medicina tradicional. La población conoce perfectamente las limitaciones de esta medicina cuando lo que se requiere es una intervención quirúrgica. En las comunidades indígenas se quiere centros de salud, con capacidad de resolución.

Una de las estrategias que el Ministerio de Salud y Deportes implementó en mayo de 2009 para disminuir la mortalidad materna, –ya que la anterior no tuvo la respuesta esperada– fue el Bono Juana Azurduy. A través de éste se paga a las mujeres un monto de 1.800 Bs.[26] a cambio de controles prenatales, el parto institucional y un control del niño cada dos meses hasta que cumpla dos años de edad. Según este programa, la mujer embarazada debe realizar cuatro controles antes del parto (por cada uno le corresponde 50 Bs.), el parto institucional y una visita posparto (por lo que le corresponde 120 Bs.); el niño recibe 12 bonos (de 125 Bs. cada uno). Es decir que si una mujer va a sus dos primeros controles y no vuelve, igual habrá cobrado 100 Bs. O puede no cubrir las visitas prenatales y cobrar los 12 bonos del niño. No es requisito cumplir con todos los controles para cobrar alguno de los montos.

Por lo tanto, este bono pretende "obligar" a ir al centro de salud por una remuneración económica. No sólo considero que es una estrategia de salud pública poco

[26] 1.800 Bs. al cambio actual corresponden a 257 dólares americanos (7 Bs. es un dólar).

acertada, sino una coerción a la decisión individual de tener el bebé donde cada madre considere oportuno.

Hasta antes de la creación del Bono Juana Azurduy, un gran número de mujeres no recurría a los servicios de salud para dar a luz, entre otros aspectos porque el momento del parto es atendido por internos y estudiantes, por el maltrato recibido y porque es sabido que la mortalidad intrahospitalaria es elevada.

La financiación de este bono procede del Tesoro General de la Nación, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, quienes financian a 126 municipios. Si el gobierno, en vez de invertir en otorgar una remuneración económica por el hecho de procrear se encargara de mejorar la calidad de los servicios, las madres probablemente irían a los centros de salud por su propia iniciativa.

Cuando los usuarios eligen un servicio biomédico, lo que desean es ser tratados por ese sistema, no por otros sistemas (tradicional, religioso, alternativo, etc.). Existen diversos sistemas médicos de atención a la salud que el saber popular conoce y reconoce y a los que recurre cuando lo considera necesario. El hecho de acudir a un sistema tradicional, religioso o autoatenderse, no significa dejar de asistir al sistema biomédico. La mayoría de los procesos de enfermedad son resueltos entre varios sistemas (Kleinman, 1980; Menéndez, 1981; entre otros).

Centro de Historia y Archivo Metodista - IEMB

Capítulo II
Interculturalidad: Diferencias y desigualdades

En el marco de la política de Salud de los Pueblos Indígenas son numerosos los trabajos generados en las últimas décadas en diversos campos disciplinarios –y son también múltiples los enfoques teórico-metodológicos– que han tratado diversas problemáticas sobre las intervenciones de organismos que trabajan con grupos excluidos de los servicios de salud; exclusión que, en el caso latinoamericano, se asocia casi en exclusiva a los grupos indígenas.

Muchos de estos trabajos se reúnen bajo el término de interculturalidad, a fin de evidenciar la incomunicación y el desentendimiento de dos formas diferentes de atención de la salud. Existe numerosa bibliografía centrada en Latinoamérica, no obstante aquí me limitaré a analizar los trabajos realizados desde las ciencias sociales y por profesionales que trabajan en centros universitarios y en agencias de desarrollo, con el interés de entender las diferencias existentes en el significado del

concepto de interculturalidad. Esta revisión bibliográfica desde el campo socioantropológico no pretende ser exhaustiva –porque ello implicaría una investigación en sí misma–, aunque considero que es representativa de los trabajos realizados en la última década en Bolivia, período en que se desarrolló la mayor parte de investigaciones e intervenciones sobre interculturalidad.

Existe literatura –que aquí no analizaré– que corresponde a trabajos realizados para tesis de licenciatura en ciencias sociales (antropología, sociología) y de trabajos hechos como requisito para obtener el título en los postgrados de salud intercultural (medicina, enfermería, trabajo social). Más que investigaciones propiamente dichas son ensayos de investigación, ejercicios de aprendizaje que no pueden ser considerados estudios científicos. Estos trabajos, pese a estar lejos de ser investigaciones serias, sirven muchas veces de base para la implementación de programas sanitarios, uno de los motivos del fracaso frecuente de estas intervenciones.

La clasificación sobre la temática de salud e interculturalidad la agruparemos en tres grandes campos: a) Trabajos realizados por el Ministerio de Salud y Deportes, b) Trabajos de *desarrollo* realizados comúnmente por agencias de desarrollo, ONG, etc.; c) Investigaciones socioantropológicas propiamente dichas.

a) El Ministerio de Salud y Deportes creó en los últimos años una línea editorial (Ministerio de

Salud y Deportes, 2005; 2007b; 2007c; De Lucca y Zalles, 2006) en la que han sido publicados documentos técnicos y, también, un libro de plantas medicinales.

Los trabajos realizados por el Ministerio de Salud referidos a salud intercultural se encuadran en el reconocimiento de la validez del saber popular en torno a la salud, como alternativa para conseguir una mejor calidad de atención en los servicios de salud.

En el año 2005 se crea una guía para la atención intercultural de la salud materna que enfatiza la necesidad de implementar una "atención intercultural". Esta guía se gesta a partir de dos encuentros sobre "Adecuación Intercultural al Parto". Los encuentros fueron incentivados y financiados por la cooperación internacional[27] y se realizaron en la región rural de Caiza D (departamento de Potosí) y en la ciudad de Cochabamba. Estos encuentros fueron sistematizados por el Ministerio en la guía "Atención intercultural de la salud materna", asumida como documento técnico normativo para los centros de salud. La guía enfatiza la necesidad de adaptar los centros

[27] Nótese la constante financiación y permanente participación de los organismos internacionales en la implementación de proyectos de salud intercultural en Bolivia.

a las pautas culturales de la atención al parto y destaca su importancia a la hora de otorgar calidad de atención al usuario.

En cuanto a este documento, llama la atención que, al ser una guía nacional, tan sólo presente datos del parto andino. Datos que recogen los relatos de experiencias –todas exitosas– de distintas ONG que han implementado estrategias como la utilización de infusiones –mates–, otorgamiento de la placenta tras el parto, posición de la parturienta, etc.; elementos que determinan la forma de entender y atender el parto andino.

En el año 2007, el Ministerio publica un nuevo documento. Se trata, por un lado, de una evaluación sobre la implementación de las recomendaciones de la guía elaborada en 2005 y, por el otro, de una propuesta de estrategia autoevaluativa a implementarse en los centros de salud mediante el llenado de una serie de "fichas" y la realización de talleres de capacitación sobre aspectos culturales (2007b). Cabe destacar, sin embargo, que una buena evaluación de la calidad de atención no debería ser considerada únicamente a partir de datos cuantitativos, ya que la calidad se remite a la cualidad y no a la cantidad.

Debería realizarse una evaluación a partir de una investigación socioantropológica en profundidad,

en la que la técnica de observación sea central. Obtener información fiable sobre calidad no se resume en llenar una ficha; es necesario observar la articulación entre las representaciones y las prácticas, tanto del personal sanitario como de la población, la que recurre a los servicios y la que no recurre a ellos. Los talleres de capacitación al personal sanitario sobre una adecuada atención a la salud materna no garantizan la calidad de atención en los servicios de salud.

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Deportes publicó un libro sobre plantas medicinales del altiplano boliviano (De Lucca y Zalles, 2006), escrito por el Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad, fallecido hace unos años[28]. Se describe el uso y la preparación de más de 100 plantas medicinales de la zona. Este trabajo, al igual que los anteriores, se refiere exclusivamente al área andina.

Estos estudios se caracterizan por estar centrados en la atención al parto y, a su vez, por el hecho de que los protocolos para incorporar cambios en la

[28] Tras la muerte del viceministro Jaime Zalles fue nombrado para el cargo un terapeuta tradicional andino, Emilio Cusi Álvarez. Actualmente el cargo es de Alberto Camaqui, del departamento de Potosí. Enfatizando así la hegemonía de las culturas aymara y quechua frente a las otras culturas indígenas del país.

atención están únicamente dirigidos a las poblaciones aymara y quechua. La calidad de la atención se centra en el desentendimiento cultural, mientas que el énfasis se coloca en la necesidad de cursos de capacitación para mejorar la salud pública. Son investigaciones y documentos técnicos en los que el eje se sitúa de manera exclusiva en los aspectos culturales.

b) Trabajos de *desarrollo* efectuados comúnmente por agencias de desarrollo nacionales o internacionales, que describen sus experiencias en artículos o libros. Estos se caracterizan por exponer detalladamente el éxito de un proyecto, en tanto que enfatizan el aspecto participativo del mismo[29] (Dibbits y Boer, 2002; Campos y Citarella, 2004; Campos, 2004; Flores, 2004; Citarella, Benavide, Huisca y Millapán, 2004; Baixeras, 2006; Fuertes y Pérez, 2007; Royder y Angeloni, 2007; Citarella y Zangari, 2009, entre otros).

   La investigación de Dibbits y Boer (2002) parte de un trabajo con el personal sanitario de un hospital de salud intercultural –Patacamaya–

[29] Existe una extensa bibliografía de material generado por ONG y agencias de desarrollo, aunque aquí me centrare exclusivamente en los autores que han influenciado teóricamente en la implementación de los centros de salud intercultural.

sobre el funcionamiento del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Las autoras consideran importante el trato humano y la interculturalidad para otorgar una buena calidad de atención en el parto. Plantean que la atención al parto es una de las ofertas del sistema formal de salud que más barreras culturales debe superar. Resaltan que el trato humano debe corresponder con la ética de la atención.

Campos y Citarella (2004) escriben un artículo sobre el programa de formación en salud intercultural realizado en la ciudad de Potosí por la cooperación italiana. En el artículo describen en detalle lo exitoso del programa[30]; señalan la importancia de la formación en salud intercultural para mejorar la salud de la población. Ponen el eje en la educación para complementar ambas medicinas (tradicional/biomédica).

Campos (2004), en la misma línea, escribe otro artículo sobre las experiencias exitosas de salud intercultural en América Latina, en concreto: Panamá, México, Ecuador, Chile y Bolivia. El autor otorga especial atención a su experiencia en México. La interculturalidad es asociada exclusivamente a los aspectos socioculturales. Coloca

[30] Nótese el calificativo de exitoso en todos los programas implementados.

el eje del análisis en el desconocimiento de los médicos de los aspectos culturales del *Otro*. Si bien enfatiza el intercambio de saberes propio del concepto de interculturalidad, pone el acento en el desconocimiento que evidencia el personal sanitario en relación al saber médico popular y en la formación médica deshumanizada. Se centra en la necesidad de capacitar *interculturalmente* al personal sanitario para conseguir mejorar la calidad de atención. Lo que llama la atención es su énfasis sobre el éxito boliviano, ya que he constatado -en mi trabajo de campo- que sus afirmaciones están lejos de la realidad. No sólo existe una deficiente calidad de atención en estos servicios, sino que, además, la mortalidad al interior de estos centros y hospitales es elevada. Este hecho no se debe a la incorporación de la medicina tradicional, sino a la ineficiencia del sistema público de salud. Queda la duda de que lo que relata el autor sobre los otros países sea fiable.

El artículo de Baixeras (2006) es una descripción del éxito de la Agencia de Cooperación Española en su intervención en la creación de un hospital intercultural kallawaya, en la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz. En este artículo se enfatiza la realización de un diagnóstico de metodología rápida en el que se

prioriza la participación de la comunidad en la intervención a través del "Método Acelerado de Investigación Acción Participativa".

Es importante destacar que los diagnósticos de metodología rápida tan sólo aportan un sondeo de la realidad. Dicha metodología fue creada por profesionales de las ciencias sociales que han trabajado en agencias de cooperación y en ONG. En este contexto, hay que añadir que, si la metodología de investigación-acción-participativa se pretende desarrollar seriamente, necesita un tiempo mayor que el de una investigación realizada a través del método etnográfico, que requiere un trabajo de campo de larga duración[31]. En líneas generales, la cooperación se caracteriza –aun en el caso de los proyectos de *desarrollo*– por la urgencia de la intervención, sin que quede tiempo para la investigación previa y, por tanto, sin que se financien investigaciones

[31] La etnografía es una estrategia metodológica de acercamiento a la realidad que implica una convivencia prolongada con el grupo o los sujetos de estudio por un periodo de trabajo de campo no menor a un año, donde el investigador pasa a formar parte del día a día del *Otro*, en todos sus quehaceres cotidianos. Este método implica un rompimiento del objeto / sujeto para pasar al sujeto / sujeto, en ocasiones a partir de la creación de lazos familiares que vinculan al investigador de por vida con los sujetos de estudio. La etnografía no se restringe exclusivamente al campo, sino a la construcción y problematización constante de categorías en el plano empírico y teórico indisociables en todo el proceso de la investigación (Ramírez Hita, 2011b).

socioantropológicas rigurosas, es decir, de larga duración[32] que garanticen la fiabilidad de los datos obtenidos.

Flores (2004) realiza un trabajo de campo basado en entrevistas a médicos sobre su año de provincia. Plantea reflexiones a partir de una pequeña incursión en campo que le lleva a un análisis superficial de la realidad. El autor rescata como agentes de una medicina intercultural a los auxiliares de enfermería y a los Responsables Populares de Salud y, al igual que los trabajos anteriores, sólo observa dos formas de atención a las que recurre la población: la biomédica y la tradicional andina.

En el año 2007 y en torno a la intervención de la cooperación italiana, se publica un libro (Fuentes y Pérez) sobre la experiencia realizada en el hospital de Tinguipaya, ubicado en el departamento de Potosí. Se trata de un hospital que, desde su construcción, ha sido mencionado dentro y fuera del país como uno de los grandes éxitos de este tipo de iniciativas. Las autoras relatan el éxito de la intervención y las prácticas de atención a la salud de la población de Tinguipaya. En esta publicación también se coloca el eje

[32] La metodología cualitativa desarrollada por la antropología se caracteriza por las investigaciones en profundidad, que no pueden ser realizadas satisfactoriamente en periodos cortos.

en la participación de la comunidad, en el área materno-infantil y en la adaptación cultural del hospital (infraestructura, incorporación de "médico tradicional", etc.).

Royder y Angeloni (2007) son los autores de un libro en el que analizan la calidad de atención de los centros de salud de Potosí y en el que recogen la creación de indicadores de calidad con enfoque intercultural. Parten de que la interculturalidad es la unión armónica de dos sistemas de salud: biomédico y tradicional. Plantean que la calidad de atención puede ser evaluada a partir de los siguientes indicadores: formación del personal de salud y habilitación para el desempeño profesional y formación en salud e interculturalidad; infraestructura intercultural; equipamiento del centro de salud y la comunicación bilingüe en la consulta; consultorio de medicina tradicional y sala de parto con enfoque intercultural.

En el año 2009 la cooperación italiana publica una compilación sobre salud intercultural, donde la mayoría de los artículos están escritos por médicos y antropólogos (Citarella y Zangari, 2009), y reiteran el éxito del Postgrado de Salud Intercultural y de los proyectos de desarrollo realizados por la cooperación en el departamento de Potosí.

Lo que caracteriza a estos trabajos es que, en su mayoría, se refieren a comunidades indígenas rurales y que enfatizan la *participación* de los actores sociales involucrados para poder alcanzar la interculturalidad. Énfasis que, a su vez, extienden al ámbito de la educación y al de la adecuación cultural de los servicios de salud. En estos trabajos no se define la participación ya que dicho significado se da por supuesto. Sin embargo, la mayoría de los proyectos de desarrollo se gestan fuera de las comunidades para, a continuación, llevarlos al terreno para ser consensuados. En muchas ocasiones, el hecho de convocar a la comunidad para ser informada y para pedir su autorización a la hora de impulsar el proyecto es considerado como participación. Asimismo, se considera *participación* la sola realización de encuentros con la comunidad para ofrecer cursos de capacitación, sin que se cuestione la verticalidad que existe en el proceso. Muchos de estos proyectos, que aparecen como exitosos en artículos y libros, se han llevado a cabo en las mismas zonas en donde he realizado trabajo de campo y el carácter de "exitosos" dista mucho de la realidad.

Teóricamente, estos estudios se sustentan en el trabajo que, para agencias de cooperación, realizan profesionales de las ciencias sociales que

se dedican casi exclusivamente a intervenir. Son intervenciones que se llevan acabo con escasa reflexión teórica, entre otras razones porque las condiciones laborales no lo permiten. Esto lleva, en ocasiones, a no revisar trabajos anteriores sobre el tema (pareciera que todas las investigaciones parten de cero, sin rescatar las investigaciones previas) y a poner todo el énfasis de la salud intercultural en la cultura, como manera de mejorar la salud del país, sin analizar ningún otro aspecto. La mayoría de estos trabajos están basados en las diferencias culturales y no en las desigualdades sociales.

Las investigaciones realizadas por ONG, agencias de desarrollo y el Ministerio de Salud y Deportes, se han centrado bien en rescatar a la medicina tradicional (aislada del resto de sistemas médicos y las diversas formas de atención existentes y utilizadas por la población) o bien en enfatizar las carencias de estas poblaciones en cuanto a medidas preventivas. Son estudios que se enfocan, casi exclusivamente, en aspectos culturales, en donde lo cultural se asocia a tradicional y a creencia. A partir de ahí, se enfrenta lo *tradicional* con la *modernidad* y se considera que lo tradicional debe ser transformado. Estos trabajos identifican las causas del estado de salud de las poblaciones indígenas en prácticas

culturales, en las condiciones en que viven y en el desentendimiento cultural, culpabilizando a la *cultura* o al *sujeto cultural* de la mayoría de los fracasos sanitarios.

Pese a que un alto porcentaje de estos trabajos se dedican a explicar el éxito de los proyectos, estas investigaciones e intervenciones han repercutido de manera negativa, ya que han influenciado en la creación de programas y políticas que, finalmente, encubren el maltrato permanente en términos técnicos, físicos y psicológicos, que se ejerce en los servicios de salud.

La mayoría de estos estudios se efectúan bajo los criterios de costo/beneficio y a partir de los Procedimientos de Asesoría rápida (RAP[33]); es decir, en buena parte son metodológicamente deficientes, en tanto que la investigación se reduce a un simple acto técnico de acumulación de información, sin que se proceda, ni en el diseño ni en la recolección de los datos empíricos, a una construcción teórica. De manera que, en todo aquello que se refiere a la construcción de los datos como a su análisis, son escasamente fiables.

[33] *Rapid Assessment Procedures,* por sus siglas en inglés.

c) Investigaciones socioantropológicas propiamente dichas. Estos trabajos los agruparemos de acuerdo a los distintos enfoques teórico-metodológicos, en tres grupos:

1) Estudios etnomédicos realizados en diversas partes de Latinoamérica. Estas investigaciones –sobre las que existe numerosa bibliografía– se caracterizan por analizar las diversas medicinas tradicionales indígenas (Fernández, 2004b, 2004c; Orobitg, 2004; Chaumeil, 2004; Calavia, 2004; Castellón, 2006; Nava, 2006; Absi, 2006; Platt, 2006, entre otros). En estos trabajos se menciona, aun cuando no sea el centro del análisis, el concepto de interculturalidad. Son investigaciones etnográficas que analizan la cultura desde la dimensión simbólica y cuyo referente a los servicios de salud es mínimo. Estas investigaciones colocan el eje en las diferencias culturales y en la necesidad de entender estas medicinas tradicionales en su contexto. Los autores interpretan las lógicas diferenciales entre la medicina indígena y la medicina oficial, y revalorizan las medicinas indígenas dando a conocer los significados simbólicos y funcionales en los que se basan estas medicinas ancestrales.

2) Estudios donde el eje se coloca en la polaridad medicina tradicional indígena/biomedicina. (Fernández, 1999, 2006, 2006a, 2010; Alarcón, Vidal y Neira, 2003; Bradby y Murphy-Lawless, 2005; Albó, 2004; Michaux, 2004; Gil, 2006; Abad, 2004a, 2004b; Uriburu, 2006; González y Caravante, 2006; Callahan, 2006; Campos, 2010; entre otros). Estos autores trabajan el concepto de interculturalidad desde la polaridad y, por tanto, en la necesidad de complementación de la medicina tradicional indígena/servicios de salud. El centro del debate se encuentra en el desentendimiento cultural de las dos únicas formas de atención que reconocen (la tradicional y la biomédica) y promulgan una salud intercultural que parta de la unión de ambas en igualdad. Para ello, la mayoría de los autores propone adaptaciones de los centros de salud, así como señalan que los procesos educativos deben de incorporar los aspectos culturales del *Otro*, dado que otorgan especial importancia a lo *cultural* como elemento básico del problema de las deficientes condiciones de salud de las poblaciones indígenas. Entre estos autores encontramos a aquellos que resaltan la necesidad de la participación de los actores en las investigaciones como hecho imprescindible, para que

exista una interculturalidad en salud y aquellos que no van a poner el eje de análisis en la participación de los sujetos involucrados, sino en el proceso de cambio. En estos trabajos los aspectos socioeconómicos, políticos e ideológicos no son analizados como parte importante del concepto de interculturalidad y tampoco se reconoce el pluralismo médico. Son estudios que tratan de las diferencias culturales, no de las desigualdades en el ámbito de la salud y en los que la falta de calidad de atención es contemplada casi exclusivamente desde el desentendimiento cultural. Los conflictos se centran en el desentendimiento comunicacional entre los dos mundos (blanco-mestizo/indígena, occidental/indígena), sin ser analizados los elementos socioeconómicos y políticos, además de los ideológicos que dan pie a este proceso de desentendimiento.

3) Estudios desde un análisis reflexivo y crítico sobre el concepto de interculturalidad (Menéndez, 2006; Knipper, 2006; Allué, Mascarella, Bernal y Comelles, 2006; Cabellos y Quitral, 2006; Viaña, 2008; Ramírez Hita, 2006a, 2009b, [2009c] 2010, entre otros).
   En primer lugar, tenemos el trabajo de Eduardo Menéndez (2006) quien, a través de un

recorrido desde la década de los años veinte, muestra cómo la antropología ha analizado las diferencias. Destaca que los estudios sobre interculturalidad se van a caracterizar por una orientación hacia los estudios simbólicos de la cultura, dejando de lado los aspectos raciales, ideológicos y de clase social, al tiempo que reducen la interculturalidad a la relación grupos indígenas/servicios de salud. Es decir, dejando de lado las diferentes formas de atención a los padecimientos. Con respecto al proceso de salud/enfermedad/atención enfatiza que los estudios de interculturalidad aparecen en términos de malas condiciones de comunicación cultural, sin analizar la desigualdad social y la situación de pobreza como parte central de las relaciones interculturales. Por lo tanto, propone un concepto de interculturalidad que no agote la cultura exclusivamente en la dimensión simbólica.

Knipper (2006) desarrolla algunas cuestiones analíticas para reflexionar en torno al concepto de medicina intercultural. Plantea el problema que supone el encasillamiento de las medicinas indígenas dentro del concepto de Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC). Demuestra cómo en la medicina indígena (a través de un estudio entre los noropuna de la

amazonía ecuatoriana) no existen categorías claramente delimitadas entre capacidades médicas y no-médicas. En tanto que analiza cómo el marco de referencia global propio de la OPS/OMS, que sitúa estas medicinas indígenas dentro de las alternativas o complementarias, pone en peligro el espacio de la diversidad cultural. Frente al concepto de medicina intercultural, el autor plantea el siguiente interrogante: "¿Para qué promover y desarrollar e institucionalizar la 'medicina tradicional' en las comunidades indígenas sí ahí ha sobrevivido y se ha desarrollado por siglos sin ayuda y promoción ajena?" (2006: 426).

El trabajo de Allué, Mascarella, Bernal y Comelles (2006) se presenta como una mirada crítica en torno a la utilización de metodologías de las ciencias sociales por parte de los clínicos (médicos y enfermeros) en el campo de la investigación biomédica, en el contexto de las políticas de desarrollo. A través de un recorrido histórico sobre la utilización de las metodologías cualitativas, los autores desarrollan aquellas que son más usadas por el sector salud: La investigación-acción-participativa desarrollada en los años treinta y que ha tenido un gran desarrollo en América Latina y los Procedimientos de

Asesoría Rápida (RAP). La investigación-acción-participativa incluye la acción social y a las personas involucradas en el proceso de cambio. Se caracteriza por contribuir a otorgar poder a los sujetos sobre los que se produce la intervención. Los RAP, por el contrario, se desarrollan dentro de un contexto de investigación, basado en criterios de mercado: Máxima producción al mínimo costo. "Los RAP […] están destinados a clínicos sin formación en ciencias sociales y sin un entrenamiento específico en investigación social o cultural cualitativa de campo" (2006: 24).

Los autores enfatizan que en la actualidad existen unos cincuenta RAP[34]. Este tipo de procedimiento, dado que obliga a utilizar matrices rígidas, no asegura la calidad de los datos. Si a ello se suma el escaso entrenamiento de los investigadores de campo, se comprende que no se garantice en ningún momento que el dato esté bien recogido. Sin embargo, son los instrumentos más utilizados por las ONG y las agencias de desarrollo.

[34] Como por ejemplo: Scrimshaw S. y Gleason G. eds. (1992). *Rapid anthropological procedures: qualitative methodologies for planning and evaluation of health-related programs.* Boston: Internacional Nutrition Foundation for Developing Countries.

En el artículo de Viaña (2008), aun cuando cuestione el concepto de interculturalidad en el caso de la educación en Bolivia, su análisis puede hacerse extensivo al campo de la salud. El autor plantea la interculturalidad como una concesión al orden dominante, en el que el concepto sólo formula su discurso en un nivel de convivencia y respeto mutuo, equivalente a mantener y reforzar las desigualdades reales en las que se encuentran los grupos subalternos. Enfatiza que la visión actual de la interculturalidad es una posición ingenua y romántica y que lo que realmente hace falta cambiar es el propio sistema que concede y permite las desigualdades. El hecho de definir la interculturalidad desde el respeto, el diálogo y la tolerancia impide el avance de los procesos reales de igualación y transformación profunda.

"La llamada interculturalidad no es más que una manera de reorganizar y profundizar en el mecanismo de inclusión subordinada que profundizan y refuerzan los múltiples mecanismos de dominación, poniendo en escena una simulación moderna que cumple la función política de apaciguar, desorientar, desorganizar y silenciar a los sujetos colectivos (movimientos sociales y movimiento indígena)

que en más de una década en Latinoamérica no han parado de avanzar hacia una transformación profunda" (Viaña, 2008:331). Un planteamiento que sugiere que lo que debe ser investigado críticamente es la matriz básica del concepto de cultura del capitalismo actual.

Con respecto a la bibliografía socioantropológica sobre salud intercultural, se observa que existe un vacío en reconocer la diversidad de formas de atención a la salud presentes en las diversas poblaciones indígenas. Tan sólo el artículo de Menéndez (2006) enfatiza la ausencia de la diversidad de formas de atención a la salud que se da en la mayoría de los trabajos sobre interculturalidad. Entre esas formas de atención no reconocidas se observa, en el caso boliviano, que no se ha considerado como sistema médico a la iglesia evangélica. Los estudios efectuados en el campo de la salud no han reflexionado en torno a los procesos de cambio que, en términos ideológicos y políticos, ha generado este movimiento religioso en el proceso salud/enfermedad/atención. Tampoco los cambios que se han producido en cuanto al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades y padecimientos en los grupos indígenas y, finalmente, no se ha reconocido la autoatención como sistema médico[35].

[35] Sobre sistemas médicos de la zona andina véase: Ramírez Hita [2005], 2a. edición 2010.

La mayoría de las investigaciones se caracterizan por no plantear una problemática clara en el abordaje teórico-metodológico. Muchas de ellas, son meramente descriptivas y no aportan propuestas para un análisis de las problemáticas reales en torno al campo de la salud.

Por el contrario, se destacan como importantes aquellos aportes y trabajos realizados a partir de una mirada crítica en torno al concepto de interculturalidad. El hecho de no tener en cuenta la diversidad de formas de atención influye en la consideración que sobre dichas formas de atención (medicina tradicional/biomédica) mantiene el orden dominante. De manera que el concepto de interculturalidad encubre las desigualdades de las poblaciones indígenas en tanto que la definición aceptada, a partir de supuestos como el del respeto y el diálogo, impide, como plantea Viaña (2008), procesos reales de igualación y transformación profunda.

Es importante señalar que las propuestas de cambio del Ministerio de Salud se sustentan en las aportaciones de ciertos expertos de las ciencias sociales que carecen de mirada crítica y que, por un lado, tan sólo reconocen dos sistemas de atención a la salud –biomédico y tradicional– y no la diversidad de formas de atención; y por otro, son los que suelen avalar las investigaciones rápidas e incentivar que dichos trabajos se realicen por clínicos para, a su vez, efectuar las intervenciones en los programas de desarrollo. La antropología médica ya ha demostrado desde hace décadas la

existencia del pluralismo en las formas de atención a la salud; pluralismo al que recurre la mayoría de los grupos sociales. Sin embargo, no parece que ello haya sido asumido por parte de los científicos sociales que están incentivando teóricamente la línea de intervención en salud intercultural.

Abraham Colque

Capítulo III

¿Deberíamos seguir utilizando el término salud intercultural en América Latina?

El concepto de interculturalidad aparece opuesto al de etnicidad, entendida ésta como identidad en acción; como la acción política de lo étnico (Bartolomé, 1997). El concepto emerge como forma de dominación social desde el Estado, a través de un discurso apaciguador y reconocedor de las diferencias. Surge como estrategia para neutralizar el conflicto étnico entre sujetos y grupos diferentes: los homogeniza en un imaginario en el que no existe el conflicto social. Como afirma Walsh (2007a), cuando el discurso es asumido por el Estado o por organizaciones de desarrollo, el concepto se debilita desde los movimientos indígenas.

La interculturalidad fue asumida por los sectores indígenas como propuesta referida a su ubicación en el mismo espacio de igualdad que los otros grupos dentro de la sociedad mayoritaria. Por un lado, esta propuesta desde los grupos subalternos aparece como forma de resistencia a un modelo médico maltratador, tanto en

término corporales como ideológicos. Por otro, los discursos indígenas de ciertos líderes políticos y espirituales pertenecientes a grupos étnicos quechuas, aymaras y, en menor medida, determinados grupos de la amazonía y el chaco, han incorporado y asumido el concepto. No obstante hay que tener en cuenta que uno de los factores que influyó en la extensión de esta reivindicación fueron las agencias de desarrollo y ONG, para las que deben existir determinadas categorías en los proyectos –pobreza, participación social, género y, desde hace unos años, interculturalidad–, si se pretende acceder a financiamiento.

Es interesante recordar cómo, refiriéndose al caso de la pobreza, Menéndez indica que conceptos como este son "usados por quienes elaboran y aplican acciones respecto de los pobres y, por supuesto, por los propios pobres que, entre otras cosas, tienen que demostrar que son pobres para recibir los apoyos de los programas contra la pobreza" (Menéndez, 2002: 253). Lo mismo ocurre con los conceptos de interculturalidad y salud intercultural.

Actualmente, la interculturalidad ha sido asumida como reivindicación política por parte de las poblaciones indígenas del país[36]. Sin embargo, no podemos dejar de apuntar que se trata de un concepto que, hasta el momento, no ha influido en una mejora de la calidad

[36] Véase: Plan Estratégico de Salud Indígena 2008-2010. CIDOB, CNIS. Bolivia, 2008.

de atención en los centros y hospitales ni en la introducción de cambios epidemiológicos. Es un modelo externo que introdujo la cooperación internacional y que hoy el Ministerio intenta consensuar con la población, las comunidades y el personal sanitario. Se promueve que el programa o propuesta se acepte por la población, a través de talleres a mujeres, parteras, *médicos tradicionales*[37] y personal sanitario.

En este contexto histórico, considero que las categorías que sirven para analizar teóricamente las condiciones de interculturalidad son las de integración y desarrollo, como parte de una más amplia: la de la globalización. Estas categorías se expresan en los conceptos de hegemonía/subalternidad, que no son reconocidos dentro del de interculturalidad (que se generalizó) y, sin embargo, son las que le dan sentido y significado. Las categorías mencionadas sirven para analizar las transacciones existentes entre el Estado[38], los servicios de salud y la población (entendida como diversidad de grupos étnicos y poblaciones mixtas). La integración que se propone desde la biomedicina y el Estado implica el abandono de lo tradicional.

[37] Médico tradicional es el término que utilizan el Ministerio de Salud, cooperaciones, ONG y agencias de desarrollo para referirse a los terapeutas tradicionales.

[38] El análisis del Estado, en el caso boliviano, no puede separarse de la cooperación internacional, ONG y agencias de desarrollo que influyen tanto financiera como técnicamente en la planificación de estrategias de intervención en el campo de la salud.

La globalización reconoce la diversidad y, a su vez, propone su homogeneización en aras de una supuesta convivencia armónica dentro de un mundo global. Para conseguir la pertenencia a ese mundo armónico, la integración de todas las culturas y de los grupos sociales diversos debe realizarse a través de una misma lógica interna de avance, de *progreso*; siempre considerada desde una perspectiva exclusiva, referida a un modelo económico, político e ideológico determinado. Es a partir de la integración en la sociedad mayoritaria y del desarrollo de los grupos sociales y culturales que se podrá paliar la pobreza y, también, como uno de sus indicadores, la salud de todas las poblaciones que viven en el país. Sin embargo, uno de los problemas es que el desarrollo es entendido dentro de la teoría de la modernización, cuyos referentes no son los propios sino los países centrales capitalistas[39]: "El proceso de globalización aparece impulsado funcionalmente desde el proyecto neoliberal como continuidad del proceso histórico de expansión capitalista" (Menéndez, 2002:99).

Estas categorías se expresan, en el plano empírico, en los programas de las agencias de desarrollo, ONG y Estado. Se convierten así en impulsoras de la única

[39] Estos procesos globalizadores han sido analizados críticamente, aunque con distintos énfasis, por Sassen (2007); Senntte (2006); Appadurai (2001), Castells (1998) o Gracía Canclini (1999, 2004), entre otros.

forma de entender la *modernidad* y el *progreso,* y de iniciativas de transformación basadas en supuestos que se justifican en la única forma de ver y entender el mundo. Se aceptan las diferencias, pero al mismo tiempo se transforman aquellos elementos que se consideran perjudiciales dentro de las culturas o grupos sociales; todo ello con el interés de conseguir aquello que se valora como *desarrollo*, *progreso*, *modernización*[40]. En términos de salud, se concreta en la mejora de los índices epidemiológicos y, en el caso de la educación, en transformar las culturas propias mediante las globales. Como parte de este discurso, en el caso de la salud, se incorpora la interculturalidad que, a su vez, asume la categoría indígena, entendida ésta de forma casi exclusiva bajo un criterio homogenizador.

El discurso de salud intercultural promovido desde la sociedad dominante (Estado, agencias de desarrollo, ONG) tiene en cuenta tan sólo a ciertos grupos indígenas y a los servicios de salud; mientras que ignora en su discurso a los mestizos, criollos y descarta a los restantes grupos étnicos. De manera que todos estos grupos, aun cuando viven en el país, no pueden formar parte de la constitución del proceso de salud intercultural. De la misma manera, se excluye la diversidad de formas de

[40] En cuyo interior se encuentran entre otras categorías la de derechos humanos. Véase para mayor información sobre derechos globales y locales (Cardoso, 2000).

atención a la salud. Sólo los indígenas[41] parecen formar parte del Estado boliviano actual, entendida la categoría de indígena "como sujeto social que practica sus tradiciones ancestrales", "como originario", sin embargo, en la definición únicamente se enfatiza la dimensión simbólica de la cultura localizada en un espacio temporal y territorial. Uno de los grandes problemas es que la categoría de indígena (desde el Estado, cooperaciones, ONG y agencias de desarrollo) es prácticamente asimilada a la de pobreza, se hacen equivalentes, de manera que se sitúa más en el ámbito de las diferencias culturales que en el de las desigualdades socioeconómicas (Farmer, 1996; Menéndez, 2002).

En el análisis de la interculturalidad en salud están ausentes las relaciones dentro de las cuales las subjetividades se desarrollan. Se ignoran, por tanto, cuestiones de tanta trascendencia como la violencia y las desigualdades institucionalizadas en el funcionamiento de la estructura sanitaria boliviana (universidades, Servicios Departamentales de Salud, Ministerio de Salud) y muy concretamente, en las prácticas que se ejercen en los servicios de salud. Al proceso de reapropiación del significado del concepto de interculturalidad le siguió el de su

[41] En la Nueva Constitución Política del Estado se define al indígena como: "Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española" (Artículo 30).

difusión masiva entre la población. La interculturalidad no fue asumida como un concepto provisorio que necesitaba ser contrastado y probado, sino que se aceptó como una realidad en sí misma[42].

Sin embargo, se trata de un concepto que actúa como desestructurador de los mecanismos internos de cohesión de las medicinas tradicionales indígenas, medicinas que están vinculadas a la religión. Al transformar la estructura de las medicinas tradicionales se erosiona, asimismo, la base religiosa en la que se apoyan y, consecuentemente, se incide en una transformación y en la desestabilización de los sistemas ideológicos propios. Hay que considerar que uno de los aspectos que caracteriza a los terapeutas tradicionales es su no institucionalización, es decir, el carácter informal de su trabajo. Son los responsables, entre otras funciones, de la cohesión grupal de la comunidad y de ejercer como líderes espirituales. Una función que es mucho más amplia que la que se les reconoce cuando son incorporados a los servicios de salud.

Nos encontramos entonces ante un concepto que aparece no tan sólo como aculturador, en la teoría y en la práctica, sino también –en el caso analizado– como

[42] Hay que tener en cuenta que la difusión masiva del concepto se llevó a cabo a través de múltiples talleres de capacitación (realizados por ONG, agencias de desarrollo y el propio Estado), sin claridad en cuanto a lo que implicaba el término. Talleres realizados por formadores escasamente capacitados que, a su vez, formaron a otros y así sucesivamente.

desestabilizador de la medicina tradicional y de la religión. Es la consecuencia de situar el eje de la interculturalidad en los fenómenos culturales aisladamente considerados y de su incorporación a los servicios de salud, a la estructura sanitaria dominante. Estructura que, en Bolivia, necesitaría ser seriamente replanteada.

Los terapeutas tradicionales se incorporaron al funcionamiento de los servicios de salud, no obstante, al cumplir funciones diferentes a las que realizan en su comunidad, se han visto reducidos a posiciones de subalternidad frente al personal sanitario. Una situación que contrasta con la que viven en el espacio propio de ejercicio en las comunidades, donde ocupan roles hegemónicos y cuentan con prestigio social. Al interior de los servicios de salud, por el contrario, son subalternizados frente a los representantes de la biomedicina. Hay que apuntar, en cualquier caso, que el terapeuta tradicional, dedicado anteriormente a la atención exclusiva de su comunidad, hoy reivindica, desde su identidad, un lugar específico y propio dentro de la estructura social y cultural. Las asociaciones de terapeutas tradicionales demandan en la actualidad formar parte de los servicios de salud y ser remunerados por el Estado como los profesionales médicos.

Como destaca Knipper (2006), es necesario advertir del peligro implícito en la incorporación de las medicinas indígenas, lo que la OPS/OMS denominó Medicinas Alternativas y Complementarias. Por un lado, esta

inclusión supone pensar en las medicinas indígenas como complemento de la biomédica, sin dejar espacio a la diversidad. Por otro, resta libertad para que los procesos de avance en la salud puedan ser diferentes en las diversas culturas. Considero que los sectores indígenas deberían valorar los riesgos asociados a su incorporación a los servicios de salud. Su integración no garantiza una mejora de los servicios médicos y, sin embargo, los sitúa en un plano de conformismo frente a la ineficiencia de la actual estructura sanitaria.

Violencia[43] *e instituciones públicas de salud*

Las relaciones de identidad basadas en la categoría mestizo[44]/indígena se expresan en las relaciones de clase que dan lugar a diferentes formas de violencia en la relación personal sanitario/paciente. La violencia aparece como la categoría que articula los significados que tanto el personal sanitario como los usuarios de los servicios de salud conceden al concepto de calidad de atención. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las causas y las consecuencias de la situación de los sujetos que

[43] Entenderemos por violencia toda forma/acto física o verbal de agresión al *Otro*, que en el caso de la salud involucra la calidad de atención, la negligencia médica, la impericia y la mala praxis.

[44] El término mestizo es asociado por el personal sanitario con la población que vive en la ciudad y el de indígena, con la población que vive en la zona rural.

trabajan en los servicios de salud no pueden reducirse simplemente al descuido o a la negligencia médica. Los detonantes reales son de tipo sociopolítico (Massé, 1995; Fassin, 1996; Menéndez, 2002). La violencia que aparece y se desarrolla en los servicios de salud no puede verse reducida y justificada en simples acciones individuales.

De ahí que considero que la actual definición de interculturalidad fomenta acciones y actitudes que, a su vez, contribuyen a mantener las deficientes condiciones de las instituciones sanitarias. Las relaciones de clase social, así como las de identidad étnica, inciden en la calidad de atención que se presta en los servicios de salud. Como ya he expuesto, la situación de desigualdad y pobreza no aparece tan sólo entre los grupos indígenas, sino también entre el personal sanitario, ya que una parte importante del mismo pertenece a estos grupos. Los impedimentos que obstaculizan la relación adecuada entre el personal sanitario y los pacientes se vinculan con las diferencias de clase social, de identidad (mestizo/indígena) y con las de carácter ideológico, y no exclusivamente con las diferencias culturales; aunque también se relacionan con las deficientes condiciones laborales del personal sanitario.

Sin embargo, las categorías que pueden ayudar a entender y analizar las situaciones internas de los servicios de salud, así como la dinámica de la estructura sanitaria boliviana, son la violencia y el racismo como categorías que articulan al sujeto con el grupo social y

que dan significado al maltrato permanente en los servicios públicos de salud. Estos elementos deben ser enmarcados en las condiciones actuales de formación de los médicos, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares de enfermería, y en la educación boliviana en general (no sólo universitaria). No obstante, esta problemática no puede ser reducida únicamente a la instancia de formación. Existen condiciones estructurales y estructurantes que permiten que se produzca y reproduzca la violencia y el racismo al interior de los servicios de salud pública.

En este ámbito se ha normalizado la violencia y el maltrato. Esta normalización explica por qué el número de denuncias es escaso ante una realidad en la que se multiplican los maltratos, negligencias médicas y sucesos violentos en general. La violencia aparece en la relación médico/enfermero, enfermero/auxiliar de enfermería, auxiliar de enfermería/manual, personal sanitario/trabajador social, personal sanitario/estudiante o personal sanitario/terapeuta tradicional. Todas estas relaciones de dominación/subordinación son violentas desde el aspecto ideológico y se reproducen en la relación sanitario/paciente. Entre ellos se establecen relaciones de poder, que derivan en prejuicios discriminatorios y en agresiones de todo tipo. El cómo percibe cada sujeto la violencia que se ejerce en los servicios de salud depende de su propia subjetividad; sin embargo, es interesante destacar que, en todos los casos, los

pacientes perciben, en mayor o menor grado, esa violencia. Hay que tener en cuenta que el concepto de calidad de atención así como la relación personal sanitario/paciente se articula con las condiciones de desigualdad y subalternidad socioeconómica.

Las deficiencias se expresan en todo el sistema de salud, un ejemplo lo encontramos en el hospital público San Juan de Dios de Santa Cruz, uno de los más importantes de la ciudad. El área de neumología no posee ítem, por lo tanto el jefe de sección acude a atender a los pacientes ad honorem, de la misma manera que sus colaboradores. Esta unidad es una de las más demandadas, entre otras patologías, por la tuberculosis, uno de los programas considerados prioritarios por el Ministerio de Salud y por la Organización Panamericana de la Salud. Sin embargo, en el hospital San Juan de Dios por falta de personal la administración de la medicación para la tuberculosis no llega de igual manera a todos los pacientes; unos la reciben a las 8 hrs. y otros pueden recibirla recién a las 10 hrs. Una característica de la medicación de la tuberculosis es la necesidad de tomarla en un horario determinado. Este hecho es percibido como violencia no sólo por parte de los pacientes sino por parte del personal sanitario que se siente impotente ante las falencias que poseen los servicios públicos de salud.

Estas debilidades no se manifiestan exclusivamente para los pacientes indígenas, sino para cualquier paciente que se atiende en los servicios públicos. La región

del oriente del país, se encuentra más desprotegida que la región andina, ya que esta última es la que posee y concentra mayores recursos por parte del Ministerio de Salud y de la cooperación internacional. De hecho, los centros de salud intercultural fueron diseñados y concebidos en primer lugar en el área andina, para después ir extendiéndolos al resto de las áreas indígenas del país.

Otro ejemplo es el hospital German Busch, del departamento del Beni, que se encuentra en la ciudad de Trinidad. Cuando realicé observación en el año 2009 en ese hospital comprobé la escasez de comida (dos tazones de sopa y uno de segundo), que implicaba que los internados (sobre todo los de la zona rural del interior del departamento) que no tenían familiares en la ciudad que pudieran llevarles comida extra, terminaban perdiendo peso dentro del hospital. La falta de comida era vivida como violencia por parte de los pacientes[45]. Como en todos los hospitales, en el de Trinidad falta personal, y esto se ha puesto en evidencia en la actual epidemia de dengue (enero 2011). El personal sanitario denunciaba que existía una enfermera para atender a 40 pacientes y que a muchos los enviaban a sus casas por no tener personal, ni insumos para atenderlos. Tuvieron

[45] Algunos pacientes no podían ir a comprar comida fuera del hospital por sus condiciones físicas y otros por falta de recursos económicos. La mayoría de la población obtiene el dinero de su trabajo diario, es decir que los días de internación no cuentan con esos ingresos.

que derivar a los enfermos con esta patología al hospital materno infantil, y aún así no podían atender a toda la población afectada. El dengue es endémico en la zona, por lo tanto no es un hecho aislado.

En los hospitales tanto de la región del oriente como del altiplano, he visto morir a pacientes que no deberían haber muerto si los servicios estuvieran en buenas condiciones de atención y poseyeran los insumos necesarios.

Toda la población boliviana –indígena o no indígena– está expuesta a las deficientes condiciones de salud, por ello la necesidad de cambiar estructuralmente la salud pública para conseguir mejorar la salud en su conjunto.

Otro aspecto importante a considerar es que si bien los procesos racistas que se dan en los servicios médicos pueden tener un origen en el proceso colonialista, no pueden ser reducidos a ellos, como plantea una parte de las autoridades sanitarias que sustentan el Modelo de Salud Familiar Comunitaria e intercultural (SAFCI). "El racismo se niega cuando forma parte de la vida cotidiana y esto forma parte de la normalización cultural del racismo" (Menéndez, 2002: 189). Como plantea Menéndez, "la cuestión […] es asumir que toda sociedad puede generar representaciones y prácticas racistas como parte de su propia dinámica sociocultural" (Menéndez, 2002:194). Esto es lo que se observa en los servicios de salud, en las relaciones que se ejercen entre

la jerarquía profesional y en la relación con el paciente, expresadas a su vez en relaciones de poder, de dominación y subalternidad.

Es decir, el racismo y la violencia se expresan en situaciones diferentes aun cuando no todas las situaciones violentas son ejercidas por actitudes racistas, y sí por relaciones de poder que se articulan con las condiciones de desigualdad y subalternidad socioeconómica.

Hay que tener en cuenta, como plantea Chebel (1998:62) en su libro *Los racismos cotidianos,* que "la noción de inferioridad fue sustituida por la de diferencia, la raza se escondió detrás de la etnia, y el rechazo implícito de las diferencias se disfrazó de valoración positiva de esas mismas diferencias".

Tener en cuenta los aspectos culturales es importante para entender al *Otro*. Un mejor entendimiento del *Otro* permitiría una mejor relación entre el personal sanitario y el paciente; no obstante la salud pública boliviana no puede mejorar con la única aportación de este conocimiento, –que se imparte mediante todo tipo de capacitaciones, cursos, postgrados, etc.– Sería necesaria la implementación paralela de cambios estructurales que incidan en una reforma interna de los servicios de salud y de la propia estructura sanitaria colocando la problemática de la violencia como central.

Las políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad, centradas en la polaridad biomedicina/medicina tradicional y que no incorporan los

aspectos socioeconómicos, político e ideológicos, además de los culturales, no están ayudando a mejorar los índices epidemiológicos del país. Es imprescindible, en consecuencia, un mayor debate en torno a esta problemática.

Angel Alanoca P.

Capítulo IV
Globalización, salud intercultural e instituciones locales

El término de globalización se generalizó como la idea de homogeneización cultural, mientras que el de interculturalidad se generalizó como "diálogo y valoración de lo diferente" (Tubino, 2005:94).

Sin embargo, como señala Díaz-Polanco (Díaz-Polanco, 2005), la globalización va unida a un florecimiento de las identidades, que se relaciona con la propia lógica globalizadora del capital. Por lo tanto, "la globalización ha encontrado la manera de aprovechar la diversidad sociocultural […] mediante la ideología multiculturalista[46] y como nunca antes busca convertir la pluralidad de culturas en un puntal de su reproducción y expansión" (Díaz-Polanco, 2005:1). Para comprender la forma de expansión actual el autor propone el concepto de etnófaga que significa: "El abandono de los programas y

[46] En el caso boliviano considero que el término multiculturalismo podemos sustituirlo por el de interculturalidad, ya que en las prácticas concretas no existen diferencias.

acciones explícitas encaminados a destruir la cultura de los grupos étnicos y la adopción de un proyecto de más largo plazo que apuesta al efecto absorbente y asimilador de las múltiples fuerzas que pone en juego el sistema […] La etnofagia expresa el proceso global mediante el cual la cultura de la dominación busca engullir o devorar a las múltiples culturas populares, principalmente en virtud de la fuerza de gravitación que los patrones nacionales ejercen sobre las comunidades étnicas" (Díaz-Polanco, 2005:3).

Este concepto ayuda a entender lo que el término de interculturalidad promueve silenciosamente, a través de una máscara de buenas voluntades que proponen las cooperaciones, agencias de desarrollo y ONG, que introducen los "proyectos de desarrollo" aceptados y promovidos tanto por el Estado boliviano, como por las propias comunidades. Como afirma Sassen (2007), la globalización tiene su centro en el consentimiento de los propios estados, ya que habita parcialmente en los territorios y en las instituciones nacionales; es decir que lo global se encuentra en el interior de lo nacional.

En palabras de Aníbal Quijano: "La fuerza y la violencia son requisitos de toda dominación, pero en la sociedad moderna no son ejercidas de manera explícita y directa, por lo menos *no* de modo continuo, sino encubiertas por estructuras institucionalizadas de autoridad colectiva o pública y 'legitimadas' por ideologías constitutivas de las relaciones intersubjetivas entre los

varios sectores de interés y de identidad de la población […] tales estructuras con las que conocemos como estado. Y la colonialidad del poder, su más profunda argamasa legitimatoria. En consecuencia, es necesario indagar por lo que ha ocurrido en las relaciones en el patrón de explotación capitalista y los dos niveles del patrón de dominación, el estado y la colonialidad del poder" (Quijano, 2000a:7).

El caso boliviano es de especial interés debido a que por primera vez existe un presidente indígena en América Latina. Ello llevó a promover un gobierno de descolonización, de reconocimiento de la diversidad, pluralidad etc.; y a dar un énfasis especial al término desarrollo.

El concepto de desarrollo no puede ser desligado del de modernidad, relacionada actualmente con la globalización. Un aspecto importante a tener en cuenta es que los proyectos de desarrollo se introducen sin cuestionar a fondo el término *Desarrollo* (ni por el actual gobierno, ni por las comunidades, ni las universidades[47]). Junto con estos conceptos, el de participación tiene especial importancia. Al conseguir la participación de las comunidades se promueve cada vez más que existan líderes como promotores de la integración:

[47] Por ejemplo, el área de sociología de la universidad pública de La Paz –la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA)– dicta un Postgrado con el título de Ciencias del Desarrollo, enfatizando la importancia del concepto en el país.

"Los dirigentes indios no son preparados para ser intelectuales indígenas, sino ideólogos y agentes de las nuevas prácticas indigenistas" (Díaz Polanco, 2005: 3).

Según el Informe Nacional sobre Desarrollo Humano en Bolivia, que realizó el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2010), en la década del 90 el enfoque para medir el Desarrollo Humano del bienestar se fundaba en las libertades de los campos simbólicos y relacionales: "Estar socialmente integrado, lograr el respeto y reconocimiento de los otros, libertades que determinan también las oportunidades de lograr un desarrollo humano pleno" (PNUD, 2010:22). En contraposición aparece la visión del actual Estado boliviano con el concepto alternativo del *vivir bien*, que se define como: "Expresión cultural que condensa la forma de entender la satisfacción compartida de las necesidades humanas más allá del ámbito de lo material y económico, porque incluye la afectividad, el reconocimiento y el prestigio social" (Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2006. En PNUD, 2010:23). Por lo tanto, el concepto de desarrollo transciende lo material y se sustenta en los principios de igualdad, respeto de la diferencia y reconocimiento social. Sin embargo, Bolivia es uno de los países más desiguales de la región, el 60% del ingreso está en manos del 20% más rico de la población y el 5%, en manos del 20% más pobre (PNUD; 2010: 58).

El actual Estado se propone como modelo alternativo, como un Estado Plurinacional, Comunitario y Autonómico. Un Estado que se declara Plurinacional e Intercultural, con una propuesta diferente al modelo capitalista, al concepto de desarrollo, con la alternativa del Suma Qamaña –término aymara que significa Vivir Bien– y que se define como: La construcción cultural común basada en el respecto a la vida (véase Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2006. Plan Nacional de Desarrollo para Vivir Bien).

Hay que considerar que paralelamente a esta propuesta del *vivir bien* se crean el Ministerio de Desarrollo Productivo y de Economía Plural, y el Ministerio de Planificación del Desarrollo, que implementan programas concretos de desarrollo dentro de los planes municipales de desarrollo; así como el Fondo de Desarrollo para los grupos indígenas originarios campesinos. La nueva propuesta se separa del anterior concepto de estado-nación al plantear la participación de los movimientos sociales. Con la propuesta de una democracia intercultural que involucra mayor participación política asentada en la diversidad y el pluralismo surge la complementariedad de tres formas de democracia: directa y participativa, representativa y comunitaria (PNUD, 2010).

Ciertos autores plantean que, en realidad, el suma qamaña es un concepto inventado por algunos intelectuales aymaras, y que no se reconoce en las comunidades indígenas del altiplano (Uzeda, 2010). Alison Spedding, antropóloga inglesa que vive e investiga desde hace más de 20 años en el altiplano boliviano, señala que no sólo existen problemas de traducción del término, sino que se pregunta: "[…] si se han introducido otros indicadores para medir el bienestar o la pobreza, ¿deben aplicarse a todo el territorio nacional sin distinción de personas o eso sería nada más reemplazar un etnocentrismo por otro?". Y termina reflexionando sobre la necesidad de aterrizar la filosofía en términos empíricos (Spedding, 2010: 21).

Según Rafael Bautista, el *vivir bien* se trata de una "estructura ética que describe no sólo el propio modo-de-existir, sino el modo cualitativo de existir" (Bautista, 2010:65). Sin embargo, la forma que se promueve para medirlo es cuantitativa, no sólo en salud sino en las diversas áreas.

El *vivir bien,* en todo caso, está supeditado a la clase social a la que pertenece un grupo social determinado. Ya que dentro de la población aymara, por ejemplo, no depende de la condición étnica sino de la situación de clase. No es lo mismo un aymara en la zona rural dentro de su ayllu[48], en una zona de frontera donde existe

[48] La mayor parte de la población andina rural está organizada en ayllus, una estructura tradicional propia de las comunidades aymaras

el contrabando, que en un ayllu de otra área, o que un comerciante en la ciudad de La Paz o El Alto; algunos sectores poseen un alto poder adquisitivo y pertenecen a clases sociales diferenciadas. Los aymaras y quechuas engloban a clases medias y bajas que se encuentran en zonas urbanas y en comunidades, es decir que los grupos étnicos urbanos poseen competencia por los recursos de forma diferente. Por lo tanto, el concepto de grupo étnico no es suficiente para medir el bienestar o la pobreza, de la misma manera que no lo es en exclusividad el aspecto económico.

Como plantea Uzeda (2010:46), "el suma qamaña o el modo de ser guaraní no son asimilables a un plan de desarrollo, ni a la noción misma de desarrollo, correspondiendo a diferentes sistemas de significado, concepciones de la vida y el mundo".

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) "mide el logro de un país o región en base a tres dimensiones: una vida larga y saludable; los conocimientos; y un nivel de vida decente. En base a tres variables: la esperanza de vida al nacer, el logro educacional y el producto interno bruto per cápita real ajustado en dólares" (PNUD, 2010: 89). Este organismo se dedica a realizar comparaciones entre países y la pregunta

---

y quechuas que se remonta al periodo incaico. Está constituida por poblaciones que se unen por parentesco, dirigidas por miembros de la comunidad que toman turnos y supervisan las actividades de agricultura, ganadería, construcción de viviendas, distribución de agua y otras necesidades de la comunidad, como la justicia.

que surge es: ¿Cómo se pueden comparar países sin ser definidos previamente los niveles de bienestar de las diversas poblaciones (grupos étnicos, diferencias campo/ciudad, diferencias entre áreas geográficas –selváticas, altiplánicas– etc.)? Si no son reconocidas las diferencias y las desigualdades en la forma de entender teórica y empíricamente el concepto de bienestar, ¿las comparaciones son acertadas? Partiendo de este error metodológico los resultados son cuestionables y las conclusiones se alejan de la realidad.

No obstante, el concepto de *bienestar* sería el equivalente a *vivir bien* y, efectivamente, ni para un concepto ni para el otro hay instrumentos de medida capaces de distinguir entre las distintas culturas y grupos sociales. Para ello se debería incorporar parámetros antropológicos y recurrir a las ciencias sociales, no exclusivamente a las económicas. El concepto de *bienestar* está sin duda ligado a la modernidad, centrado en el individuo y pensado casi exclusivamente para las ciudades donde reside la mayor parte de la población europea. En tanto que el de *vivir bien* se planteó casi exclusivamente para el área rural, para *la vida en comunidad*. Necesitaríamos un concepto que pueda realmente incluir la diversidad y medir el bienestar de un grupo social teniendo en cuenta aspectos culturales, sociales, económicos, políticos, además de ideológicos.

Bautista reflexiona sobre la relación de las culturas con el mercado global: "El mercado global se desarrolla

a costa de las culturas, las rearticula y las reordena en torno a las necesidades del propio mercado; las culturas coadyuvan al desarrollo del mercado, aún a costa de su propio desarrollo […] El mercado se constituye en el obstáculo de una relación intercultural; pues si la producción, la distribución y el consumo son monopolio del mercado global, quien decide sobre la vida no es la humanidad sino el mercado mismo […] los criterios de la economía no puede establecerlos el mercado sino las necesidades humanas y, en consecuencia, las necesidades de la naturaleza" (Bautista, 2010: 20).

El actual gobierno creó un Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural, junto al Plan de Desarrollo Municipal. Es decir, que incorpora en su discurso político el término desarrollo de la misma manera que lo hacen los organismos globales y las ONG.

El Estado promueve y realiza consultorías para la implementación de proyectos de desarrollo que incluye a las universidades y las propias comunidades indígenas y campesinas. La captación del ámbito académico y comunidades campesinas e indígenas, en esta lógica de las consultorías es preocupante. Cada vez hay menos voces y actores disidentes, acaparados en esa dinámica económica (ganancias económicas en periodos cortos de tiempo). En Bolivia este tipo de trabajo no se cuestiona, ya que es una fuente de ingresos para el Estado, para un gran número de profesionales y para las propias comunidades, que a través de esta dinámica son los

beneficiarios de recursos, ya sean de educación, salud, productivos, etc.

Como plantea Sassen (2007:62), "El Estado es uno de los dominios institucionales estratégicos donde se realizan las labores esenciales para el crecimiento de la globalización", por lo tanto, "el Estado no es una 'víctima' de los procesos globales, sino que participa en su implementación" (2007:73) y ello se ve claramente en la implementación de los proyectos de salud intercultural. Como señala Díaz-Polanco refiriéndose a la globalización: "No se busca la destrucción absoluta o el ataque violento de las otras identidades, sino su disolución gradual, mediante la atracción, la seducción y la transformación" (Díaz Polanco, 2005:3); es decir que la globalización propone una manera diferente de asimilar a las identidades étnicas y entre esas formas –a través del reconocimiento de la pluralidad, la diversidad, las medicinas tradicionales, etc.–, se encuentran los proyectos de desarrollo, entendiendo *desarrollo* como una herramienta a través de la cual expandir un modelo económico y político determinado como parte de la expansión capitalista. Así, la consultoría pasa a ser el instrumento de los proyectos de desarrollo que sirve de evangelización a la globalización.

El enfoque de interculturalidad es teórico-político aunque sus prácticas están develando el ocultamiento de lo que realmente pretenden.

En 1990 fueron los movimientos indígenas de tierras bajas los que realizaron la denominada "Marcha por la dignidad y el territorio", haciendo posible el reconocimiento jurídico de sus territorios y derechos en la ley INRA de 1996. Este hecho se produjo bajo un gobierno neoliberal de política globalizadora. Esa ley regulaba la existencia de las Tierras Comunitarias de Origen (TCO) y garantizaba los derechos de las comunidades indígenas sobre sus tierras comunitarias, el aprovechamiento de sus recursos renovables y la explotación de los recursos naturales no renovables. La nueva Constitución incorpora el Territorio Indígena Campesino (TIOC) como unidad territorial, cuya población indígena originaria se autogobierna y ejerce su libre determinación de acuerdo con sus normas (PNUD, 2010).

No sorprende que la Confederación Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB) en su Plan Estratégico de Salud Indígena 2008-2010, haya incorporado el concepto de interculturalidad como el centro de su estrategia para mejorar la salud de sus poblaciones, incluyéndose de esa manera en la dinámica global e introduciendo proyectos de desarrollo en una línea de políticas internacionales, no obstante, sin representar una mejora de la salud de estas poblaciones.

En la actualidad las poblaciones indígenas poseen mayor confianza en la implementación de proyectos de desarrollo que hace algunos años. Uno de los motivos

es el respaldo que consideran tienen por parte del gobierno: "*Si el gobierno es indígena, Evo está mirando todo por nosotros y nosotros le apoyamos*" (dirigente indígena).

Esto imprime una confusión entre el gobierno que valoriza lo indígena y aquellos elementos de la globalización que también valorizan lo indígena. De ahí que las comunidades interpreten que la interculturalidad, introducida en muchos casos a través de nociones de Derechos Humanos, del Estado Plurinacional, etc., es algo positivo que consiste en la revalorización de sus saberes, de su medicina tradicional. Al coincidir los dos hechos al mismo tiempo, la interculturalidad introducida como estrategia de globalización y como estrategia del gobierno, la asimilación y seducción se solapan insertadas en y por el propio Estado. Sea o no el Estado consciente de este hecho.

Al proponer el *vivir bien* dentro de los proyectos de desarrollo fijados por las agencias de desarrollo y por el Estado, la pregunta que surge es: ¿Cómo pueden estas propuestas, supuestamente contradictorias, encontrarse en un mismo proyecto?

Con la implementación de los proyectos de desarrollo desde el Estado y las agencias de desarrollo, el *desarrollo* es entendido desde la lógica de la modernización que implica el abandono de lo tradicional bajo el ideal de que todas las poblaciones cubran las necesidades básicas insatisfechas propuestas en los parámetros de Naciones Unidas. Estos parámetros de medición se

homogenizan sin definir, ni analizar la pobreza en los distintos países desde la realidad interna: diferencia entre zona urbana/rural; por ejemplo, no es lo mismo ser indígena en barrios suburbanos de grandes ciudades que grupos cazadores, pescadores y recolectores de zonas selváticas de la amazonía, ni es lo mismo un grupo selvático en una TCO o sin propiedad de la tierra. Sin embargo, los parámetros para medir uno y otro grupo son los mismos y esto repercute negativamente en diversas poblaciones, ya que influye en los proyectos que se decide implementar.

Hace cuatro años acompañé a una bióloga que realizaba una investigación sobre la caza de un grupo de tsimanes en la selva boliviana, con la intención de recoger a través de su GPS los recorridos de caza y demostrar el equilibrio ecológico. Este grupo contaba con sólo seis familias, en una zona considerada TCO, lo que impedía instalarse a los colonos aymaras y quechuas que provienen del altiplano.

El grupo cazador, recolector y pescador se encontraba en óptimas condiciones habitacionales (ya que no podían asentarse otros grupos), alimentarias (zona de caza y pesca en abundancia y de gran variedad de frutos silvestres, cítricos, arroz, mandioca, etc.). Vivían en sus casas tradicionales, hacían intercambio de productos a través de visitantes por el río y otras comunidades mosetenes que les rodeaban. Un año después llegó una ONG boliviana con un discurso de conservación de la

naturaleza, del medio ambiente. Esta institución decidió que era un grupo indígena "pobre" bajo los parámetros del PNUD (no tenían sanitarios, ni agua en tubería, ni zapatos que cubrieran sus pies, ni centro médico y un largo etc., que corresponde a un modelo de vida ajeno a los grupos indígenas selváticos), por lo que implementó un proyecto de desarrollo para estos "*pobres indígenas"*, con enfoque de género, productivo y en donde era importante que manejaran dinero para que otros grupos no se aprovecharan de ellos.

Apareció la ONG como salvadora del grupo, con una mirada claramente paternalista, y decidió que para incorporar la perspectiva de género las mujeres deberían realizar trabajos de manufactura con recursos productivos de esta zona, la jatata, cuando ésta era una tarea realizada tradicionalmente por los varones.

Como es sabido, la incorporación del criterio de género es necesaria para conseguir financiación en los proyectos de desarrollo, de la misma manera que la incorporación del término intercultural. Lo que hicieron fue proponer a las mujeres hacer la jatata. El trabajo de ellas era sin descanso, desde aproximadamente las 5 de la mañana hasta después de que caía el sol. Se encargan del fuego, la cosecha de arroz, de la recolección de frutos silvestres, del cuidado de los niños, preparar la comida, lavar la ropa, recoger los juncos para las artesanías, realizar artesanía, etc.

El grupo no sólo no se sentía pobre sino afortunado por la abundancia que tenían alrededor. A partir de la aparición de esta ONG, ese grupo de tsimanes comenzó a verbalizarse como "*nosotros somos pobres*", un concepto que anteriormente no formaba parte de su identificación.

Es común que se defina a los indígenas por sus carencias, asociándolos con pobreza. En ese sentido, es lamentable ver cómo un sinfín de ONG y proyectos de desarrollo financiados indistintamente por el Estado, cooperaciones o por otro tipo de instituciones intervienen con proyectos sin entender que las formas de producción y reproducción, tanto simbólica como económica, cultura, social y política son diferentes en las diversas culturas[49]. La generosidad de las ONG y cooperaciones no es un intercambio equilibrado con las comunidades y crea peligrosas dependencias que propician lo que Díaz-Polanco llama etnofagia.

A través del concepto de interculturalidad se implementan políticas asimilacionistas e integracionistas. Por lo tanto, el Estado, como platea Bartolomé (2006:184), debería "de abolir de forma definitiva la tradición integracionista […] y contribuir a desarrollar sistemas de relaciones interétnicas basadas en la articulación de la

[49] Los conflictos interétnicos derivados de la relación entre indígenas de tierras altas y bajas merece investigaciones exclusivas para dar cuenta de estos fenómenos y de la andinización paulatina que se está imponiendo en el país.

diversidad". Considero que la única manera de llevar esto a cabo es redefiniendo y modificando el concepto de DESARROLLO, articulado a un pensamiento crítico con respecto a la implementación de los proyectos de desarrollo que lleve a replantear su conceptualización y, con ello, a proponer proyectos coherentes con las diversas culturas y conjuntos sociales en los aspectos económico, político, ideológico, cultural y social.

Como plantea Baudrillard: "La liquidación del Otro va acompañada de una síntesis artificial de la alteridad […] pues el crimen sólo es perfecto cuando hasta las huellas de la destrucción del Otro han desaparecido […] con la modernidad, entramos en la era de la producción del Otro" (Baudrillard, 1996: 156 en Bartolomé, 2006:185).

La interculturalidad es parte del colonialismo interno, término que propusieran Casanova y Stavenhagen en la década del 60. En consecuencia, hacen falta investigaciones socioantropológicas que den cuenta de la repercusión de los proyectos de desarrollo en la vida cotidiana de los conjuntos sociales.

La Nueva Constitución: Las poblaciones excluidas

Uno de los elementos importantes a tener en cuenta es el andinocentrismo que se refleja en la Nueva Constitución Política del Estado (NCPE). Un ejemplo

lo encontramos en el artículo 8 de la Carta Magna que dice así: "El Estado asume y promueve como principios ético-morales de la sociedad plural: ama qhilla, ama llulla, ama suwa (no seas flojo, no seas mentiroso, ni seas ladrón), suma qamaña (vivir bien), ñandereko (vida armoniosa), teko kavi (vida buena), ivi maraei (tierra sin mal) y qhqpajñan (camino o vida noble)" (artículo 8 de la NCPE).

Podemos observar que el artículo sólo propone términos en quechua, aymara y guaraní. El término guaraní, ivi maraei, que significa la tierra sin mal, es un concepto religioso que no posee el mismo significado que el suma qamaña que proponen los aymaras. El hecho de haber propuesto ese término implica el desconocimiento por parte del Estado de la cultura guaraní[50] y se evidencia la ausencia de los otros grupos indígenas. No hay una participación equilibrada de los 36 grupos indígenas que conforman el país, que además tiene una gran diversidad de mestizos y otros grupos asentados en el territorio nacional y que, por tanto, no debiera imponer un término que no representa ni en el discurso ni en la práctica la diversidad de poblaciones con las que cuenta el país.

De ser reconocidas todas las culturas, no sólo la aymara y la quechua, deberían de aparecer los términos

[50] Es como si se quisieran colocar algunos nombres indígenas de otras culturas para mostrar que la diversidad está contemplada en la Nueva Constitución, sin atender al significado real de los conceptos.

equivalentes al suma qamaña de cada una de ellas. En el mismo artículo otro elemento que llama la atención es la alusión a "no sea flojo, no seas mentiroso, ni seas ladrón", nociones representativas de las poblaciones aymaras y quechuas, no de las otras culturas del resto del país, sin embargo aparece en el encabezado del artículo. En el Preámbulo de la Nueva Constitución Política del Estado, en las últimas líneas dice: "(…) Cumpliendo el modelo de nuestros pueblos, con la fortaleza de nuestra Pachamama y gracias a Dios refundamos Bolivia". Como se sabe, el término Pachamama es andino y aparece en la primera página de la Carta Magna, reafirmando la hegemonía andina frente a las otras culturas del país. Existe un sinfín de estos ejemplos en el interior de la Constitución, aunque aquí no me detendré en ello.

Si el propio Estado realiza esa homogeneización de una cultura sobre otra, hegemonizando lo andino, la pregunta que surge es: ¿El proyecto de desarrollo que propone el gobierno es realmente diferente? O, ¿es el cambio de una cultura por otra? ¿Cómo se puede incluir, excluyendo? En su esencia es la imposición de una cultura sobre otra, de una cultura indígena sobre las demás y desde esa concepción no varía mucho del modelo occidental del que pretende diferenciarse. De la misma manera que lo occidental no debería ser homogenizado por la cantidad de heterogeneidades internas que posee, tampoco el concepto de indígena. En la Nueva

Constitución Política del Estado se define al indígena como "Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española" (Artículo 30).

Este artículo excluye a la numerosa población indígena que vive en las ciudades que no están en territorios ancestrales y que, sin duda, siguen siendo indígenas, aunque vayan a la universidad y no hablen su lengua de origen. La lengua no es suficiente para determinar si un sujeto es o no indígena (Bartolomé, 2006).

Otro de los elementos a tener en cuenta es la exclusión de los grupos amazónicos selváticos, es decir los cazadores, pescadores y recolectores no están reconocidos en el artículo 30. Se reconoce a los grupos indígenas originarios campesinos, como si todos los indígenas fueran campesinos. Estos errores en la Constitución no son de forma sino de fondo, e incitan a promover un gobierno andinocéntrico.

Los grupos selvático son reconocidos en el artículo 31, donde se los menciona de la siguiente manera: "Las naciones y pueblos indígenas originarios en peligro de extinción, en situación de aislamiento voluntario y no contactado serán protegidos y respetados en sus formas de vida individual y colectiva". Y el artículo 32 va dirigido por separado a los afrobolivianos: "El pueblo afroboliviano goza, en todo lo que corresponda, de

los derechos económicos, sociales, políticos y culturales reconocidos en la Constitución para las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos".

Hay que apuntar el contexto histórico por el cual el indígena se asocia a campesino: "La revolución de 1952 decretó que los aymaras y quechuas pasarían a ser nombrados como 'sindicalistas campesinos', tratando de hacer compatible la lógica de un proletariado rural con el de los ayllu andinos" (Bartolomé, 2006:201). A partir de la década de los 50 se trató de que los indígenas se convirtieran en campesinos, colocándose como clases campesinas, una identidad social que negaba el aspecto étnico. Hoy se recupera el aspecto étnico aunque sin dejar de lado el término campesino, manteniéndose en la Nueva Constitución Política del Estado.

La modernidad, por tanto reconoce lo tradicional y se convierte en las circunstancias locales de la globalización y este aspecto de la interculturalidad termina por ser una manera de conformar/asimilar, de buenas maneras, a las poblaciones indígenas, proponiendo "proyectos de desarrollo" que las transformen sin resistencia (no se colocan médicos, ni puestos de salud, ni se crea una salud pública de calidad, se revaloriza la medicina tradicional, por lo tanto se revaloriza el saber, aunque la realidad sigue siendo la misma sin cambios en el ámbito de la salud).

Sin embargo, la globalización ha hecho visibilizar a los pueblos indígenas, no como algo del pasado

sino como grupos contemporáneos, numerosos y con capacidad de movilizaciones políticas contemporáneas (Bartolomé, 2006).

Anteriormente las comunidades quedaban más al margen, estaban en una resistencia a los gobiernos por su no reconocimiento, en la actualidad con el discurso del reconociendo indígena y de la participación de los movimientos sociales, el Estado se encuentra con menor resistencia para implementar su plan de gobierno.

El reconocimiento de la pluralidad cultural dentro del Estado ha sido un gran avance, creando estrategias legislativas y políticas públicas al respecto. Se quiere integrar a las poblaciones indígenas en el Estado, al mismo tiempo que se tiende a modificar a los grupos que se consideran subalternos, como son los cazadores recolectores, sin entender que tienen lógicas diferentes a las del campesino y los grupos indígenas de tierras altas. De este modo, sigue existiendo una práctica integracionista, homogeneizadora desde el Estado disfrazada en un discurso pluralista.

Algo importante a tener en cuenta es que: "Las comunidades nativas han sobrevivido durante siglos, pero no como resultado de una inerte 'resistencia al cambio', sino como expresión de una constante adaptabilidad estratégica a esos mismos cambios" (Bartolomé, 2006:105).

La transformación del tiempo. Procedimientos de Asesoría Rápida (RAP)

Uno de los elementos de la globalización es que impone un *tiempo* diferente que implica rapidez en la producción, tanto de conocimiento como de capital. La demanda de rapidez en el conocimiento implica estrategias rápidas de intervención, como son los Procedimientos de Asesoría Rápida (RAP). Se propone un *tiempo* que no permite reflexionar, ni construir conciencia. Para incentivar cambios es necesaria no sólo la conciencia, sino la reflexión, la voluntad y el compromiso y sin estos aspectos se implementan los proyectos de *desarrollo* sin el tiempo necesario para analizar las condiciones de la realidad (Ramírez Hita, 2011a; 2011b).

Las ONG[51], surgen como organismos no gubernamentales, es decir independientes económicamente, aunque actualmente existen pocas que puedan sobrevivir autofinanciándose, con lo cual los proyectos que se ejecutan son los que los estados y cooperaciones deciden financiar, aunque muchas veces no representen las necesidades locales. Aquellas que consiguen financiamiento del Estado, cooperaciones, etc., están

[51] Existen diversos tipos de ONG desarrollando proyectos en Bolivia. En los polos encontramos las asistencialitas, con carácter muchas de ellas religioso y otro tipo de ONG independientes, algunas con financiamiento propio, abocadas a la denuncia de ciertas situaciones y desigualdades sociales.

enmarcadas en las políticas internacionales, ONU, OPS, PNUD, Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, etc. y ello lleva a bajar proyectos desde las políticas internacionales a las comunidades, comúnmente no a la inversa. Algo que caracteriza a la mayoría de ellas es que están envueltas en la dinámica económica de la consultoría, es decir, en la permanente urgencia de la intervención. Los proyectos no se analizan seriamente ni desde el diagnóstico, ni en la evaluación. Las evaluaciones suelen ser realizadas a través de los RAP, es decir poco fiables, ya que transcriben una realidad acotada a periodos tan cortos que dejan de ser reales. Los RAP lo que implican es menor inversión económica y al mismo tiempo ofrecen deficientes diagnósticos, análisis y metodologías que dan como resultados el conocimiento sesgado de la realidad, por ello los proyectos de desarrollo suelen estar orientados a la inmediatez, a la urgencia de la intervención y, con ello, a influir negativamente, ya que no se analizan las consecuencias de las múltiples intervenciones de corto plazo a largo plazo.

Richard Sennett, en su libro *La cultura del nuevo capitalismo,* plantea cómo la práctica del trabajo de consultor se encarga de realizan trabajos de reorganización de actividades de la periferia de la organización, en vez de ser asesores objetivos. El consultor debe tener la habilidad de no pensar, ya que se especializan en trabajo en proceso. De tal manera que los proyectos están casi acabando antes de comenzar. Lo opuesto es el trabajo

del artesano, cuyo aprendizaje es hacer bien algo. En el contexto de la globalización el talento está en los sujetos con habilidad para resolver problemas, evitando profundizarlos (Sennett, 2006).

Este es uno de los problemas actuales, la falta de compromiso con el trabajo que se realiza, que implica a las comunidades y los grupos sociales con los que se trabaja; es decir, hay una falta de compromiso en las investigaciones de aportar a las poblaciones, al ámbito político y al académico. Estas contribuciones no pueden realizarse en espacios de consultorías, que sólo están pensando en acabar un proyecto para comenzar el siguiente.

Un ejemplo del desinterés de los consultores con la realidad se aprecia en que son escasos aquellos que devuelven la información obtenida a los que fueron sus informantes. El compromiso con las poblaciones con las que se trabaja es casi inexistente debido, entre otras razones, a que el tiempo que pasa el consultor con las poblaciones es tan reducido que no hay tiempo de establecer lazos ni compromiso con los informantes. Un ejemplo de ello es una investigación que realicé para una asociación –compuesta por dos ONG– sobre VIH/SIDA. En el contrato propuse varias cláusulas que implicaban que la institución se comprometía a la difusión del material, junto con la devolución a los informantes de la información obtenida. Mi sorpresa vino cuando al acabar la consultoría –que duró 6 meses– y reclamé

la difusión y entrega del material, la institución me envió una carta diciéndome que había acabado el trabajo y que ellos no tenían por qué darme explicaciones de lo que hicieran posteriormente con el informe. Evidentemente el resultado no fue de su agrado, ha pasado un año y aún no he conseguido que lo devuelvan a los informantes que participaron de la investigación. Este hecho es reiterativo. Lo más común es que las instituciones, sean ONG, cooperaciones o el propio Estado, censuren las partes que no consideran políticamente correctas o decidan colocar el informe bajo llave, cuando los resultados son críticos y no demuestran el éxito de sus proyectos.

Como bien marca Bauman citando a Hylland Eriksen (Eriksen, 2001:2-3 en Bauman, 2010:227), "las consecuencias de la prisa extrema son abrumadoras: Tanto el pasado como el futuro entendidos como categorías mentales están amenazados por la tiranía del momento […] incluso el 'aquí y ahora' está amenazado porque el momento siguiente llega tan rápido que resulta difícil vivir en el presente".

La consecuencia de los RAP es clara, no incidir en las necesidades locales al mismo tiempo que la rapidez implica menor pensamiento y ello lleva a una menor reflexión, e implica aplanar las mentes pensantes, compensadas con un buen monto económico y ello pasa a ser realmente preocupante en el ámbito universitario.

Tanto el *vivir bien* como los proyectos de desarrollo forman parte del campo de la salud, donde la globalización se asienta en instituciones explícitamente globales como es la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), que crean programas de salud inmersos en territorios y dominios institucionales, como son el Ministerio de Salud y Deportes, aunque también los programas que llevan a cabo las ONG y agencias de desarrollo que pertenecen a las redes transfronterizas (Sassen, 2007).

Para entender el proceso de globalización que se ha incorporado más fuertemente en la última década a través del concepto de salud intercultural en Bolivia, debemos partir del análisis de ¿cómo influye lo global en el campo de la salud? Una parte importante de la economía nacional es el aporte de las cooperaciones y ONG que se inscriben en un ámbito institucional paralelo, donde se manejan las operaciones transfronterizas (Sassen, 2007). Así la globalización en el caso de la salud la encontramos en prácticas y procesos globales (políticas internacionales a través de OMS/OPS, etc.) y en contenidos específicos ubicados en las instituciones sanitarias que se encuentran en el Estado boliviano. La OPS/OMS promulga prácticas de producción teórica que posteriormente incorporan las instituciones de salud locales, como fue el caso de la salud intercultural

sostenida en las declaraciones de Naciones Unidas para los pueblos indígenas.

Uno de los problemas que encontramos en los datos epidemiológicos es que a pesar de que la mayoría de los informes que realizan OPS, UNICEF, etc., sobre datos de morbimortalidad de población indígena en América Latina, en los estudios se menciona que no hay ningún país en Latinoamérica que incluya la categoría étnica o de grupo étnico, es decir que no existen datos separados del total de la población; sin embargo, en la mayoría de investigaciones se menciona que las comunidades indígenas poseen índices de morbimortalidad más deficitarios que el resto de la población y que en ellos la esperanza de vida es menor. La pregunta es: ¿De dónde se obtienen esos datos si no se poseen antecedentes cuantitativos serios y las investigaciones cualitativas no son tan numerosas como para plantear esas cifras? Y aquí surge otro interrogante: ¿Por qué no se están realizando esos registros? Hay muchas respuestas, no obstante, lo interesante a destacar es que debemos de mirar cuidadosamente los datos que muestran las grandes agencias de desarrollo globales, que en definitiva son las que marcan las políticas internacionales a seguir y ello repercute en la implementación de políticas nacionales sin sustento en la realidad empírica. Sobre todo en un país tan dependiente de la cooperación internacional como es Bolivia.

Uno de los ejemplos son los estudios comparativos que promueve la OMS para crear datos epidemiológicos, cuyas variables están dentro de un ideal global lejos de las realidades locales. Hace años que la OPS asesora al Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia en el área epidemiológica. Cuando llegué al país en el año 2004 me sorprendió que los datos epidemiológicos fueran mínimos y deficientemente construidos. Unos años después comenzaron a publicarse datos mejor estructurados que habían sido realizados dentro del esquema de la OPS/OMS, con su ayuda económica y técnica, y cuyo objetivo siempre es realizar comparaciones entre los países de América Latina y el Caribe para ser insertadas más tarde en el contexto mundial. Ello implicaba que no quedaba espacio para registrar las patologías por las cuales la población se moría y enfermaba, ya que los registros fueron diseñados para inscribir lo que a nivel internacional se había concluido como las problemáticas más preocupantes de la región, es decir las materno-infantiles. Registro que correspondía no a datos empíricos desde donde se pensó la política y programas de intervención (porque no los había), sino que desde las políticas internaciones se ideó como realizar el registro de los datos. Evidentemente como las planillas estaban enfocadas a lo materno infantil, siguen apareciendo como las problemáticas más preocupantes de salud pública. Sin embrago, existen otros problemas tanto o más importantes que el materno infantil, como

pueden ser las muertes por accidentes laborales, que no son registrados porque el aporte de la OPS implicó y sigue implicando un asesoramiento para entender lo global y no lo local, en la necesidad de crear políticas internacionales.

La influencia en lo local se vislumbra en la creación del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia y sus programas marcados internacionalmente, los que influyen poco en las realidades locales, un claro ejemplo es la introducción de la salud intercultural. Por lo tanto la recogida del dato se globaliza, teniendo que arriesgar las problemáticas locales por las globales.

Hace unos años publiqué un artículo (Ramírez Hita, 2009a) donde explicaba en detalle el problema de la recolección de datos epidemiológicos en el altiplano y cómo algunos de ellos se improvisaban y encajaban en las planillas a rellenar. Datos que se alejaban de la realidad de la vida cotidiana de los sujetos sociales y comunidades[52] involucradas.

Esta recogida de información atraviesa distintos territorios e instituciones del país, de la misma manera que cuando se elaboran los estudios comparativos se promueven políticas internacionales para América Latina en torno al campo sanitario que terminan insertadas

[52] Véase: 2009a. Ramírez Hita, S. La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. En: Salud Colectiva, Vol.5 Número 1. Buenos Aires, Argentina. Pp 63-85

en el espacio nacional. Por ejemplo, la persistencia en lo materno infantil, cuando el real problema y la esperanza de vida es menor en los varones. Estas políticas globales se canalizan a través de las instituciones locales; y los sujetos que trabajan en el Ministerio de Salud terminan autoconvenciéndose de que esas son las problemáticas más importantes y las terminan verbalizando y repitiendo en los foros nacionales e internacionales.

Por ello la lógica para entender cómo fue implementada la salud intercultural en el contexto boliviano cobra sentido en el ámbito macrosocial que involucra no sólo a las grandes agencias internacionales: ONU, OPS/OMS, PNUD, Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, etc., sino las entidades que mucho más sutilmente llegan a las poblaciones con un discurso de "buena voluntad" con los famosos proyectos de desarrollo que son implementados por cooperaciones, agencias de desarrollo, ONG, nacionales e internacionales, pero también por el propio Estado. Aquí debemos analizar las relaciones de hegemonía/subalternidad entre los organismos internacionales y el Estado para entender lo que está sucediendo en Bolivia.

Las Naciones Unidas poseen una lógica política y económica que reproduce la forma de entender el mundo por los países occidentales, reproduciendo de este modo la lógica hegemónica.

La interculturalidad es una nueva denominación que no estaba presente hace apenas unos años en la

experiencia de los grupos indígenas, aunque actualmente les es funcional para presentarse frente al Estado y al exterior. Aparece entonces como manifestación del proceso de afirmación identitaria, es decir, es una apropiación del discurso del Estado, de las agencias de desarrollo y ONG, etc., en un intento de hacer presente el *nosotros*.

La construcción ideológica y discursiva del concepto aparece en el proceso de las relaciones interétnicas entre lo local y lo global. Es por tanto en lo ideológico que se inserta el concepto de interculturalidad en el sistema de dominación estatal. ¿Hasta dónde se extienden y reproducen los valores occidentales aún en contextos que pretenden separarse de ellos como es el caso boliviano?

Hace pocos meses el Ministerio de Salud daba a conocer el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020. Como podemos observar, el término *desarrollo* encabeza el plan de actuación de la próxima década. Este plan plantea cambios de forma, aunque no de fondo, no son cambios estructurales. Se incorpora a la medicina tradicional y sus terapeutas tradicionales en un seguro único de salud y la política sanitaria familiar, comunitaria, intercultural que haga posible el sueño del *vivir bien*. Esta estrategia se encuentra dentro de lo propuesto en la Cumbre del Milenio por Naciones Unidas. Y los indicadores que proponen para medir todas sus iniciativas son los indicadores que guían el Índice de Desarrollo

Humano (IDH), entonces no se separan del modelo anterior a pesar de que postulen el concepto de *vivir bien* como un nuevo paradigma.

Se siguen registrando las personas que viven con menos de un dólar diario, vivienda saludable, etc. cuando estos parámetros no pueden ser aplicados en grupos cazadores, recolectores, y otros grupos indígenas en donde hay otros parámetros económicos que no pueden ser medidos en dólares[53].

Con respecto a la recogida de datos epidemiológicos para el registro, siguen estando bajo los parámetros que propone la OPS/OMS, no hay ningún aporte ni adaptación en el registro a la realidad del país. Probablemente el campo de la salud sea el más difícil de despegarse de lo propuesto dentro de los parámetros del desarrollo. De este modo, es contradictorio un discurso de aceptación de la diversidad, diferencia y preocupación por la desigualdad, que plantea la descolonización, y que ello no se vea reflejado ni en el registro de los datos epidemiológicos ni en la distinción que requieren la forma y ejecución de los distintos programas en las diversas poblaciones y culturas del país. Es decir, el Ministerio de Salud sigue homogenizando en la práctica, aunque en el discurso platea el reconocimiento de la interculturalidad entendida como "el desarrollo de procesos de articulación complementaria entre diferentes medicinas

[53] Véase Alison Spedding, 2010

(académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y aceptación mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud" (Ministerio de Salud y Deportes, 2010: 117).

Los indicadores propuestos para medir la salud siguen homogeneizándose para toda la población sin distinción de áreas, grupos sociales y culturales. Hasta que no se entienda que cada cultura entiende y atiende la salud/enfermedad de forma diferente, no se realizaran cambios de fondo sino exclusivamente de forma.

En el nuevo plan sectorial se menciona el control de medicamentos como una de las estrategias necesarias, sin embargo no se considera el aumento de recursos humanos. Actualmente en cada Servicio Departamental de Salud (SEDES) hay un encargado que debe supervisar 1.000 farmacias privadas, además de las institucionales y hospitalarias. Por otro lado, no se plantean cambios en la formación universitaria, ni en la estructura hospitalaria, siendo tal vez los puntos claves para el cambio estructural. En ningún momento se menciona la regulación de estudiantes en los servicios de salud, aunque se trate de uno de los mayores problemas que influyen en la mortalidad y en la mala calidad de atención; ni las mejoras de las condiciones laborales del personal sanitario.

No existen estudios de cómo se ha ido institucionalizando la globalización en el campo de la salud en Bolivia, se requiere de descripciones y análisis exhaustivos que demuestren los factores positivos y negativos de su influencia en las prácticas concretas de la vida cotidiana de los sujetos.

La colonización implica el poder de unos pueblos sobre otros, en este caso lo andino se intenta imponer al resto de los grupos del país muy sutilmente. Y como plantea Aníbal Quijano (2000:233), "La homogeneidad es un elemento básico de la perspectiva eurocéntrica de la nacionalización". De la que, considero, el Estado boliviano debería separarse.

Alcira Agreda

Bibliografía

ABAD, L. 2004a. Salud intercultural y pueblos indígenas. La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 75-91.

ABAD, L. 2004b. Epílogo: reflexiones en voz alta acerca de las precisiones e imprecisiones de la llamada salud intercultural. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 347-350.

ABSI, P. 2006. La enfermedad no sólo enferma. Enfermedades e identidad profesional entre los mineros de Potosí, Bolivia. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y

crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 229-244

ALBÓ, X. 2004. Interculturalidad y salud. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 65-74.

ALARCÓN, A.; VIDAL, A.; NEIRA J. 2003. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica Chile; 131. Pp 1061-1065

ALLUÉ, X., MASCARELLA, L., BERNAL M. y COMELLES, J.M. 2006. De la hegemonía de la clínica a la etnográfica en la investigación intercultural en salud. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 15-32.

APPADURAI, A. 2001. [1996] La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización. México, Trilce- FCE.

BAIXERAS, J.L. 2006. Salud intercultural. Relación de la medicina kallawaya con el sistema de salud público en San Pedro de Curva. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 271-287.

BARTOLOMÉ, M. 1997. Gente de costumbres y gente de razón. Las identidades étnicas en México. México: Instituto Nacional Indigenista, Siglo XXI editores.

BARTOLOMÉ, M. 2006. Los laberintos de la identidad. Procesos identitarios en las poblaciones indígenas. Revista Avá Nº 9/ agosto 2006. Posadas, Argentina. Pp 28-48

BARTOLOMÉ, M. 2006a. Procesos interculturales: antropología política del pluralismo cultural en América Latina. Siglo XXI Editores. México.

BAUDRILLARD, J. 1996. El crimen perfecto. Barcelona. Anagrama.

BRADBY, B. y MURPHY-LAWLESS, J. 2005. ¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto. Informe final del proyecto "Hacia la reducción de la mortalidad materna en Bolivia: prácticas apropiadas del parto en los sectores formales e informales del cuidado perinatal. Bolivia.

BAUDRILLARD, J. 1996. El crimen perfecto. Anagrama. Barcelona.

BAUMAN, Z. 2010. Mundo consumo. Ética del individuo en la aldea global. Paidós Contextos. España.

BAUTISTA, R. 2010. Hacia una constitución del Sentido Significativo del "Vivir Bien". Reflexiones Urgentes N' 2. Rincón ediciones. La Paz, Bolivia.

CABELLOS, F.J. y QUITRAL J.C. 2006. "Interculturalidad critica: Interfase valorativa entre la "interculturalidad ideal" y la "Interculturalidad Real". Constataciones en el marco de desarrollo de Modelos Interculturales de salud en la región de la Araucária. http://kuxalwe.blogspot.com/2006/12/interculturalidad-crtica.html

CALAVIA, O. 2004. La barca que sube y baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 169-180.

CALLAHAN, M. 2006. El hospital kallawaya "Shoquena Huasi" de Curva: Un experimento en Salud Intercultural. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 289-303.

CAMPOS, R. y CITARELLA, L. 2004. Willaqkuna. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 93-106.

CAMPOS, R. 2004. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 129-151.

CAMPOS, R. 2006. Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006). En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 373-388.

CAMPOS, R. 2010. La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. Rev. Perú Med Exp Salud Pública; 27 (1). Pp 114-122.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. 1992. Etnicidad y Estructura Social. Colección M. O. Mendizábal. México: CIESAS.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. 2000. Etnicidade, eticidade e globalizaçao. En: O trabalho do antropólogo. Editora UNESP. Pp 169-197.

CASTELLS, M. 1998. El poder de la identidad, Vol. 2 de La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Madrid, Alianza Editorial.

CASTELLON, I. 2006. Imaginario rural en torno a las capacidades. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 433-450.

CIDOB. 2008. Plan estratégico de salud indígena 2008-2010. Bolivia. CIDOB, FCI, Asociación Izan, Ministerio de Salud y deportes.

CHAUMEIL, J.P. 2004. Del proyectil al virus. El complejo de dardos-mágicos en el chamanismo del oeste amazónico. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 265-278.

CHEBEL, A. 1998. Los racismos cotidianos. La Biblioteca del ciudadano. Ediciones Bellaterra. Barcelona.

CITARELLA, L.; BENAVIDES, P.; HUISCA, R.; MILLAPAN, M. 2004. Conceptos y clasificaciones tradicionales mapuches de al biodiversidad vegetal. Una investigación etnobotánica basada sobre un enfoque intercultural, participativo y aplicado al desarrollo. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 323-346.

CITARELLA, L. y ZANGARI; A. (Comp.). 2009. Yachay Tinkuy. Salud intercultural en Bolivia y América Latina. Cooperazione italiana, Unión Europea. La Paz, Bolivia.

DE LUCCA, M. y ZALLES, J. 2006. Descripción y uso de 100 plantas medicinales del altiplano boliviano. Utasan Utjir Qollanaka. Medicinas junto a nuestra casa. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia.

DEL CID LUCERO, V.M. 2008. (Comp.) Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina. URACCAN, Nicaragua.

DÍAZ-POLANCO, H. 2005. Etnofagia y multiculturalismo. URL disponible en: http://www.paginadigital.com.ar/Articulo/2005/2005terc/educacion3/etnofagia-131205.asp.

DIBBITS, I. y DE BOER, M. 2002. Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y trato humano desde las perspectivas de un equipo de salud. Tahipamu. La Paz.

ERINKSEN, T. H.2001. Tyranny of the Moment: Fast and Slow Time in the Information Age. London. Pluto Press.

FANON, F. [1961] 2009. Los condenados de la tierra. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

FASSIN, D. 1996. Exclussion, underclass, marginalidad. Revue Francaise de Sociologie, vol. XXXVII, Pp 37-35.

FARMER, P. 1996. On suffering and structural violence: a view from below, Daedalus, vol. 125 (1) Pp 260-283.

FERNÁNDEZ, G. 1999. Médicos y Yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano Aymara. Ministerio de Salud y Previsión Social, CIPCA y ESA, OPS/OMS. La Paz.

FERNÁNDEZ, G. (comp.). 2004a. Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM.

FERNÁNDEZ, G. 2004b. Ajayu, Animu, Kuraji. La enfermedad del susto en el altiplano de Bolivia. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 279-303.

FERNÁNDEZ, G. 2004c. Yatiris y ch`amakanis del altiplano aymara. Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales. ABYA YALA, Ecuador.

FERNÁNDEZ, G. 2006. "Al hospital van los que mueren". Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 317-336.

FERNÁNDEZ, G. 2006a. Un teléfono de urgencias y casi perder la fe. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 9-13.

FERNÁNDEZ, G. (comp.). 2006b. Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA-YALA, UCLM, AECI.

FERNÁNDEZ, G. 2010. Cirugía y pueblos amerindios: un reto intercultural. Rev Perú Med Exp Salud Pública; 2010; 27 (1). Pp 102-113.

FLORES, J.A. 2004. Una etnografía del "año de provincias" y de "cuando no hay doctor". Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 181-212.

FUERTES, A. y PEREZ, R. 2007. Encuentro de dos: la biomedicina y medicina tradicional en Tinguipaya. Cooperazione Italiana y COOPI. La Paz.

GARCÍA CANCLINI, N. 1999. La globalización imaginada. Buenos Aires-México-Barcelona, Editorial Paidós.

GARCÍA CANCLINI, N. 2004. Diferentes, Desiguales y Desconectados. Mapas de la Interculturalidad. Barcelona. Editorial Gedisa

GOOD, B. [1994] 2003. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Ediciones Bellaterra. Barcelona.

GONZALEZ, M. D. y CARAVANTES, C. 2006. Y sin embargo son ellas las que más hacen por la "Salud intercultural" En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y

crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 305-315.

GIL, F. 2006. ¿Fármacos contra el susto? Paradojas y posiciones enfrentadas en la concepción de la enfermedad en el altiplano boliviano. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 217-228.

KNIPPER, M. 2006. El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 413-432.

KLEINMAN, A. 1980. Patiens and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press.

MASSÉ, R. 1995. Culture et santé publique. Les contributions de L'antropologie á la prévention et à la promotion de la santé. Montreal: Gaëtan Morin Editeur.

MICHAUX, J. 2004. Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLI-HISPANA, UCLM. Pp 107-128.

MENÉNDEZ, E. L. 2006. "Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología 'at home'". Algunas cuestiones metodológicas En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 51-65

MENÉNDEZ, E. L. 2002. La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo. Ediciones Bellaterra. Barcelona.

MENÉNDEZ, E. L. 1994. Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza. En: Publicar Hanoi, Nº 4, México.

MENÉNDEZ, E. L. 1987. Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo. México: Editorial Casa Chata.

MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO. 2006. Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien. Estado Plurinacional de Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2005. Guía para la atención intercultural de la salud materna. Serie Documentos Técnicos Normativos. La Paz. Bolivia: Documento publicado por el Ministerio de Salud y Deportes.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2007a. Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural. Bolivia: Documento publicado por de Ministerio de Salud y Deportes.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2007b. El enfoque intercultural en la atención de la salud materna: un avance para las políticas públicas de salud. Documentos de investigación, publicación 2. La Paz.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2007c. Guía para facilitadotes/as en Atención intercultural de la salud materna. Serie documentos de técnico-Normativos. Publicación 14. La Paz.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2008a. Modelo Sanitario Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Bolivia: Documento publicado por el Ministerio de Salud y Deportes.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2010. Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020. "Hacia la Salud Universal". Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz. Disponible en: http://www.sns.gov.bo

NAVA, R. 2006. Curación de una enfermedad espiritual desde una perspectiva aymara. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 245-256.

OROBITG, G. 2004. Cuando el "cuerpo" está lejos. Enfermedad, persona y categorías de alteridad entre los indígenas Pumé de Venezuela. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 251-264.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. s.f. La Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Quito: OPS/OMS, s.f.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2003. Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud de las Américas. Lineamientos Estratégicos para la incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS.

PLATT, T. 2006. El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 145-172.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). 2010. Los cambios detrás del cambio. Desigualdades y movilidad social en Bolivia. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano en Bolivia. La Paz. PNUD.

QUIJANO, A. 2000. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: Lander, E. (comp). Colonialidad del Saber, Eurocentrismo y Ciencias Sociales. CLASO-UNESCO. Buenos Aires, Argentina. Pp 201-246.

QUIJANO, A. 2000a. Colonialidad del poder, globalización y democracia. Disponible en: http://www.rrojasdatabank.info/pfpc/quijan02.pdf Pp1-23.

RAMÍREZ HITA, S. [2005] 2010. Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud de la ciudad de Potosí. Cooperación Italiana. La Paz, Bolivia.

RAMÍREZ HITA, S. 2006a. La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud Intercultural en Bolivia. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 405-412.

RAMÍREZ HITA, S. 2006b. Salud, etnicidad y religión. La salud en poblaciones excluidas. En: Quaderns de l´Institut Catalá d`Antropología. Nº 22. Barcelona. Pp 101-116

RAMÍREZ HITA, S. 2007. Entre calles estrechas. Gitanos: prácticas y saberes médicos. Ediciones Bellaterra, Barcelona.

RAMÍREZ HITA, S. 2009a. La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. En: Salud Colectiva, Vol.5 Número 1. Buenos Aires, Argentina. Pp 63-85

RAMÍREZ HITA, S. 2009b. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano**.** Revista Avá Nº 14/ julio. Posadas-Argentina. Pp 191-212.

RAMÍREZ HITA, S. [2009c] 2010. Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en población quechua y aymara del altiplano boliviano**.** Ed: OPS/OMS. La Paz, Bolivia.

RAMÍREZ HITA, S. 2011a. Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad. Acta Bioética. Ética y calidad en salud. Revista de la Organización Panamericana de la Salud. Programa Regional de Bioética. OPS/OMS. Santiago de Chile. (En prensa).

RAMÍREZ HITA, S. 2011b. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. Los usos y desusos del método etnográfico. X Coloquio de la REDAM (RED Antropología Médica). Ebook Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. (En Prensa).

ROJAS, R. 2003. Crecer sanitos. Estrategias, metodologías, e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C,

ROYDER, R. y ANGELONI, M. 2007. Estándares e indicadores de calidad de atención con enfoque intercultural para centros de salud de primer nivel. Cooperazione italiana. Bolivia.

SASSEN, S. 2007. Una sociología de la globalización. Katz Editores. Argentina.

SENNETT, R. 2006. La cultura del nuevo capitalismo. Editorial Anagrama. Colección Argumentos. España.

SPEDDING, A. 2010. Suma qamaña ¿kamsañ muni? ¿Qué quiere decir "vivir bien"? En: Suma tamaña Miradas criticas al vivir bien. Revista Fe y Pueblo. Nº 17, julio 2010. ISEAT. La Paz, Bolivia. Pp 4-39

TUBINO, F. 2005. La praxis de la interculturalidad en los Estados Nacionales Latinoamericanos. Cuadernos interculturales, julio-diciembre, Vol. 3, Nº 005. Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile. Pp 83-96.

UNICEF [2008] 2010. Los derechos de los pueblos indígenas explicados para todas y para todos. UNICEF. Argentina.

URIBURU, G. 2006. Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres? En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 173-186.

UZEDA, A. 2010. Del "vivir bien" y del vivir la vida. En: Suma qamaña Miradas críticas al vivir bien. Revista Fe y Pueblo. Nº 17, julio 2010. ISEAT. La Paz, Bolivia. Pp 40-50

VIAÑA J. 2008. Reconceptualizando la interculturalidad. En Comp Mora, D. y De Alarcón, S. Investigar y Transformar. Reflexiones sociocríticas para pensar la educación. Instituto Internacional de Integración. La Paz. Pp 293-343.

WALSH, C. 2010. Interculturalidad crítica y pluralismo jurídico. Ponencia presentada en el seminario Pluralismo Jurídico. Procuradora del Estado/Ministerio justicia, Brasilia, 13-14 de abril 2010.

WALSH, C. 2007a. Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial. En: (Comp.) Saavedra, J. L. Educación superior, interculturalidad y descolonización. PIEB, Bolivia. Pp 175-213.

WIEVIORKA, M. 2003. Diferencias culturales, racismo y democracia. En: Daniel Mato (coord): Políticas de identidad y diferencias sociales en tiempos de globalización. Caracas: FACES-UCV. Pp 17-32.

Bibliografía de consulta

ALBÓ, X. y BARRIOS, F. 2007. Por una Bolivia Plurinacional e intercultural con autonomías. Cuaderno de Futuro 22. Informe sobre Desarrollo Humano. PNUD. Bolivia.

CAPRARA, A. 2004. Salud y enfermedad en el camdomble de Bahía. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 305-321.

CARAMÉS, M.T. 2006. Salud e Interculturalidad: Reflexiones en torno a un caso. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 109-114.

CIDOB 2008b. Apuntes para un diagnostico indígena de salud. Bolivia. CIDOB, FCI, Asociación Izan, Ministerio de Salud y deportes.

CHAKRAVORTY SPIVAK, G. (1999). 2009. ¿Pueden hablar los subalternos? Museu d'Art Contemporani de Barcelona. España.

DENMAN, C. y HARO, J. 2000. (compiladores). Por Los Rincones. Antología de métodos cualitativos en al investigación social. El Colegio de Sonora. México.

DIBBITS, I. y TERRADAS, M. 2003. Uno de dos. El involucramiento de los hombres en la salud perinatal. Tahipamu. La Paz.

DIPRETE, B.; MILLER, L.; RAFEH, N. y HATZELL, T. Garantía de calidad de la Atención de Salud en los países en Desarrollo. Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad.

ESTERMANN, J. 2010. Interculturalidad. Vivir la diversidad. ISEAT, La Paz, Bolivia.

FLORES, J.A. 2005. Una medicina crítica de la medicina kallawaya como patrimonio intangible de la humanidad: procesos de hibridación, turismo étnico y recursos interculturales en salud en el área de Apolobamba (Bolivia). En: Etnicidad en Latinoamérica: movimientos sociales, cuestión indígena y diásporas migratorias. Pujadas y Dietz (coord.). Fundación El Monte; Federación de Asociaciones de antropología del Estado Español; Asociación Andaluza de antropología. Sevilla, España.

INSTITUTO SUPERIOR ECUMÉNICO ANDINO DE TEOLOGÍA (ISEAT). 2008. Religión y desarrollo en los Andes. Deconstrucción intercultural de una relación difícil. La Paz, ISEAT.

KNIPPER, M. 2010. Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. Rev Perú Med Exp Salud Pública; 27(1) Pp 94-101.

LOPEZ, J. 2004. Promotores rurales de salud en el oriente de Guatemala. De la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales. En Fernández, Gerardo (comp.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 153-168.

LOZA, C. B. 2008. El laberinto de la curación. Itinerarios terapéuticos en las ciudades de La Paz y El Alto. La Paz. ISEAT

MEÑACA A. 2006. La 'multiculturalidad' de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 93-108

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2008b. Evaluación Social del Proyecto Reforma del sector salud. Resultados de la consulta a Municipios y comunidades indígenas. Región Oriental de Bolivia. CEP, Bolivia extensa, Reforma de Salud. Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. 2008c. Evaluación Social del Proyecto Reforma del sector salud. Resultados de la consulta a Municipios y comunidades indígenas. Región occidental de Bolivia. CEP, Bolivia extensa, Reforma de Salud. Bolivia.

Otras publicaciones ISEAT:

"Filosofía Andina"
Josef Estermann

"Teología Andina" Tomos I y II
ISEAT

"Religión en Los Andes"
Alison Spedding

"Si el Sur fuera el Norte"
Josef Estermann

"Religión y Desarrollo en Los Andes"
ISEAT

"Entre los muertos, los diablos y el desarrollo en Los Andes"
Denise Arnold

"Identidades y Religión"
Germán Guaygua

"El laberinto de la curación"
Carmen Loza

"Culto a los Uywiris"
Calixta Choque | Alison Spedding

"El Evangelio y nuestro compromiso político"
Miguel Miranda

"Movimientos sociales y Teología en América Latina"
ISEAT

"Yo vivo si tú vives"
Franz J. Hinkelammert

"Interculturalidad"
Josef Estermann

"Teología Pentecostal Popular"
Jacobo Tancara

Este libro está escrito con el interés fundamental de generar debate, de propiciar un pensamiento y una actitud crítica, de repensar el concepto de salud intercultural desde la realidad y no desde un exclusivo razonamiento filosófico; de analizar y construir a partir de lo empírico. Desde esta reflexión, planteo la necesidad de cuestionar lo obvio, de pensar más allá de lo evidente, para concebir otro tipo de estrategias alternativas que realmente repercutan en la mejora de la salud y, con ella, en la mejora de la calidad de vida de las diversas poblaciones del país.

"… la salud intercultural termina por ser una estrategia política y económicamente barata para hacer visibles cambios y mantener a los sectores subalternos apaciguados, proponiéndoles una revalorización de su cultura a través del respeto a sus medicinas tradicionales y saberes y, con ellas, la incorporación de terapeutas tradicionales a los servicios de salud cómo solución a las deficientes condiciones del sistema. Esto se hizo sin reforzar las capacidades resolutivas de los servicios médicos y sin recursos humanos calificados, ya que la mayor parte de los centros de atención primaria están atendidos por auxiliares de enfermería e internos (estudiantes); y sin el respeto para que las medicinas tradicionales sigan avanzando en sus propios espacios, sin la necesidad de incorporarlas al sistema oficial."

ISEAT
Instituto Superior
Ecuménico Andino de Teología

ISBN: 978-99954-775-5-4

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR. Dirección Provincial de Salud Tungurahua. 2007. Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). MSP, DPST, FCI, QAP, USAID. Quito, Ecuador.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1997. Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS. Washington, D.C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2005. Primer foro internacional sobre Salud de los Pueblos Indígenas e interculturalidad. OPS, UNEP, CEC, Global Environment Facility.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2008. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). OPS, United Nations Foundation, American Red Cross, Canadian Internacional Development Agency.

ORTIZ, G. y CAUREY C. 2009. Tekove Katu. Educación en salud en el Chaco boliviano. Camiri, Bolivia. Organización Panamericana de la Salud; Tekove Katu.

PERDIGUERO, E. 2006. Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 33-49

RANCE, S. 1999. Trato humano y educación médica. La Paz: Ipas/MSPS/DFID/Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.

REGASLSKY, P. 2007. Etnicidad y Clase. El Estado boliviano y las estrategias andinas de manejo del espacio. CEIDIS, CESU-UMSS-CENDA, Plural. Bolivia.

TINTAYA P. 2003. Utopías e Interculturalidad. Motivación en niños aymaras. Instituto de Estudios bolivianos. La Paz.

SALAVERRY, O. 2010. Interculturalidad en salud. Rev Perú Med Exp Salud Pública.; 27 (1). Pp 80-93.

VIAÑA, J. 2009. La Interculturalidad como herramienta de emancipación. Hacia una redefinición de la interculturalidad y sus usos reales. Instituto Internacional de Integración. Convenio Andrés Bello. La Paz, Bolivia.

WALSH, C. 2007b. (De)colonialidad e interculturalidad epistémico: Política, ciencia y sociedad de otro modo. En: Comp Saavedra, J. L. Educación superior, interculturalidad y descolonización. PIEB, Bolivia. Pp 215-228.

WALSH, C. 2007c. ¿Son posibles unas ciencias sociales/culturales otras? Reflexiones en torno a epistemologías descoloniales. En: Comp Saavedra, J. L. Educación superior, interculturalidad y descolonización. PIEB, Bolivia. Pp 229-244.

ZALLES, J. 2006. Bolivia un ejemplar de mutua exclusión cultural en salud con dramáticas consecuencias. Un desafío que no puede esperar. En: Fernández Gerardo (comp.) Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 389-404.

ZEMELMAN, H. 2005. Voluntad de conocer. El sujeto y su paradigma en el paradigma crítico. Centro de Investigaciones Humanísticas. Universidad Autónoma de Chiapas. México: Anthropos Editorial.